



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

„Careful“

Caring-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen im postoperativen,
behandlungszentrierten und palliativen Setting

Verfasserin

Eva Zojer

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, November 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122
Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft
Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Mag. Hanna Mayer

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst und andere als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Ort, Datum

Eva Zojer

Danksagung

Mein tief empfundener und wertschätzender Dank für die Hilfe und Unterstützung während der Verfassung meiner Diplomarbeit gilt:

- Meiner Betreuerin, Vorgesetzten und Mentorin, Frau Univ.-Prof. Dr. Mag. Hanna Mayer, eine tolle Frau, der mein größter Respekt und meine höchste Anerkennung gebührt, für ihre wertschätzende, bedingungslose und professionelle Beratung und Betreuung während der Verfassung meiner Diplomarbeit.
- Meiner Kollegin und Freundin Sabine, die mir durch ihre wertschätzende Art nicht nur emotional zur Seite stand, sondern auch durch ihre hilfreichen Ideen und kompetenten Ratschläge einen wertvollen Beitrag zur Fertigstellung der Arbeit geleistet hat.
- Meiner Kollegin und Freundin Martina für ihr Engagement, die mich durch ihre statistische Expertise immer wieder auf den richtigen Weg geführt hat und sich meiner Anliegen stets angenommen hat.
- Meinen lieben Studienkolleginnen und Freundinnen Maria und Conny, die sich die Zeit für das Korrekturlesen meiner Arbeit genommen haben.
- Meinen lieben Freunden Rudi und Brigitte für ihr unermüdliches Verständnis und ihre motivierenden Worte.
- Allen InterviewteilnehmerInnen, die ihre Zeit und Kraft geopfert haben und durch ihre Teilnahme die Durchführung der Studie ermöglicht haben.
- Traudi und Norbert für ihre bedingungslose Unterstützung und für die liebevolle und professionelle Betreuung meines Pferdes.
- Meinen lieben Eltern, die immer an mich geglaubt haben und mir beigestanden sind. Die mich im Laufe meines Studiums sowohl finanziell, als auch emotional unterstützt haben und welche stets ein offenes Ohr für meine Anliegen und Sorgen hatten.

„Caring is the essence of nursing“

Jean Watson (1979)

Zusammenfassung

Die Diagnose Krebs löst eine tiefe Krise der Erkrankten, deren Familien und Angehörigen aus. Das In-Beziehung-Treten mit der professionellen Pflege stellt einen wesentlichen Bereich in der Erlangung des Wohlbefindens der PatientInnen dar. Die vorliegende Diplomarbeit stützt sich auf die sinngemäße Auffassung des Begriffes *caring* als vertrauensvolles, wertschätzendes In-Beziehung-treten mit einem/r Anderen, indem sich die Beteiligten verbunden fühlen, um Wohlbefinden zu ermöglichen (Swanson, 1991).

Ziel der Studie war es, die Prioritäten der *caring*-Bedürfnisse von krebskranken Menschen in drei unterschiedlichen Settings (behandlungszentriert, postoperativ und palliativ) zu erheben und diese untereinander und mit den erhobenen sozialen Merkmalen der befragten PatientInnen in Beziehung zu setzen.

Der Studie liegt ein quantitatives, deskriptives Design zugrunde. Die Daten wurden durch eine standardisierte mündliche Befragung erhoben. Das „Caring Measurement Tool, Vienna Version 2010“ zur Erhebung von *caring* Aspekten basiert auf der praxiserprobten „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort (Larson, 1986) welche übersetzt und adaptiert wurde. Die Erhebung wurde auf insgesamt 12 Stationen des Krankenhauses Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel über einen Zeitraum von neun Monaten durchgeführt. Insgesamt konnten 146 verwertbare Befragungen durchgeführt werden.

Die **Ergebnisse** zeigen, dass bestimmte *caring*-Bedürfnisse unabhängig vom Setting (postoperativ, behandlungszentriert und palliativ) für die PatientInnen einen sehr hohen Stellenwert einnehmen.

Es lässt sich erkennen, dass die Prioritäten der PatientInnen klar im Bereich „fachliche Sicherheit“ und „Verfügbarkeit“ liegen. Die Items der Dimensionen „Wohlbefinden schaffen“, „Vorausschauen“, „vertrauensvolle Beziehung“, „Information und Förderung“ werden von den PatientInnen anschließend gereiht und somit nicht als prioritär angesehen. Dies lässt den Schluss zu, dass für PatientInnen im allgemeinen Setting „Krankenhaus“ Aspekte der physischen Versorgung prioritär

sind und diese somit in der Reihung der *caring*-Bedürfnisse die wichtigste Priorität einnehmen.

Unterteilt man die *caring*-Dimensionen nach Setting (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ), so lassen sich kaum Unterschiede feststellen. Somit kann gesagt werden, dass die PatientInnen ähnliche Bedürfnisse in allen Stadien einer onkologischen Erkrankung als wichtig einstufen. Das Setting nimmt daher kaum Einfluss auf die Reihung der *caring*-Bedürfnisse. Der einzige signifikante Unterschied nach Setting ist das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“. Dieses *caring*-Bedürfnis ist PatientInnen des behandlungszentrierten Settings signifikant wichtiger, als jenen PatientInnen des postoperativen und palliativen Settings.

Auch die *caring*-Bedürfnisse der PatientInnen in Anbetracht der sozialen Merkmale zeigen im Großen und Ganzen kaum Unterschiede auf. Dennoch lassen sich im Detail betrachtet kleine Unterschiede feststellen.

Dies lässt die Erkenntnis zu, dass das Krankenhaus als Setting die *caring*-Bedürfnisse und somit auch die *caring*-Dimensionen der PatientInnen prägt. PatientInnen verlangen von Seiten der professionellen Pflege in erster Linie Wissen und Können, um Ihnen die mögliche und individuelle fachliche Unterstützung zu gewährleisten. Diese Fertigkeiten sind genauso wie fürsorgliche Tätigkeiten Teil professioneller Pflege und bilden den Inhalt des *caring*-Konzeptes ab.

Infolgedessen ist es von hoher Wichtigkeit diese *caring*-Bedürfnisse bewusst und als eigenständige Teilkomponente der Pflege in die Versorgung von Menschen in jedem Stadium einer Krebserkrankung miteinzubeziehen.

Abstract

The diagnosis cancer leads to an extreme crisis of the patients as well as for their families and relatives. Professional care is an important scope to feel better and to improve their situation. This master thesis is based on the logical interpretation of the definition *caring*. It should show *caring* as a relationship between the nurse and the patient, which based on trust and respect to enable better feeling and well being (Swanson, 1991).

The goal of this study was to investigate the priorities of *caring*-behaviors within three different settings (postoperative, treatment-related and palliative) and consequently to connect them with the gathered socio-demographic characteristics of the patients. The design of the study is a quantitative-descriptive approach – the data were collected by standardized interviews.

The „Caring Measurement Tool, Vienna Version 2010“ to collect priorities of *caring*-behaviors is based on the implemented and tested „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort (Larson, 1986). The original Instrument was translated and adapted. The survey was carried out in 12 stations of the hospital „Krankenhaus Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel“ over a period of nine months. As a result of the standardized interviews, 146 useable data-sets were gathered.

The results show that specific *caring*-behaviors, independent of the setting (postoperative, treatment-related and palliative), are of high priority throughout the patients. It is recognizable that the priorities of the patients are located in the dimensions „monitors and follows through“, and „accessible“. Next in this patients-ranking are the dimensions „comforts“, „anticipates“, „trusting relationship“ as well as „explains and facilitates“.

Therefore it can be concluded that the items and dimensions connected with physical care in the hospital (as a setting) are most important for patients.

Splitting the *caring*-dimensions by setting (postoperative, treatment-related and palliative) there were no differences in the priorities of *caring*-behaviors.

In summary therefore patients order similar priorities of *caring*-behaviors in all stages of an oncological disease – so it can be assumed, that the setting has virtually no influence on the ranking of the *caring*-priorities. The only significant difference by setting is „the sense of trust“, which is for patients of a treatment-related setting. more important.

Looking at the socio-demographic characteristics of the patients, no strong distinctions can be discerned, but there are a couple of differences in the detail. On this basis, it can be concluded that the *caring*-behaviors and the *caring*-dimensions are formed by the hospital (as the setting).

First and foremost patients require knowledge and know-how from the nurse and in second instance emotional support to feel cared for. So it's important to realize *caring* as a construct, which consists of physical and emotional skills and is necessary to ensure professional care.

This leads to the conclusion that *caring*-requirements have to be regarded as a separate partial component of nursing to guarantee professional and good nursing.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
I.	Theoretischer Diskurs	7
2	Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand	8
2.1	Caring Begriffsbestimmung	9
2.2	Caring Theorien	12
2.2.1	„The helping art of nursing“ (Wiedenbach, 1963)	14
2.2.2	„The theory of human care/caring“ (Watson, 1979)	14
2.2.3	„The Primacy of Caring“ nach Benner & Wrubel (1989)	16
2.2.4	„Empirical development of a middle range theory of caring“ nach Swanson (1991)	17
2.3	Caring Bedürfnisse	20
2.4	Erhebungsinstrumente zur Messung von caring	25
2.5	Schlussfolgerungen	33
II.	Empirischer Teil	35
3	Studiendesign	36
3.1	Messinstrument	36
3.1.1	Ausgangslage Erhebungsinstrument	36
3.1.2	Adaption des Erhebungsinstrumentes	39
3.1.3	Ergebnis der Fragebogenadaptierung	46
3.2	Stichprobe und Einschlusskriterien	48
3.3	Ethische Überlegungen	50
3.4	Vorgehensweise	52
3.4.1	Datenerhebung	52
3.4.2	Datenauswertung	53
3.4.3	Fehlende Antworten	54
3.4.4	Dimensionierung und Indexberechnung	55
4	Auswertungsergebnisse	58
4.1	Stichprobenbeschreibung	58
4.2	Soziale Merkmale allgemein	59
4.2.1	Postoperatives Setting	63
4.2.2	Behandlungszentriertes Setting	63

4.2.3	Palliatives Setting	63
4.2.4	Zusammenfassung: soziodemographische Variablen nach Setting	64
4.3	Auswertung der Befragung (Q-Sort)	65
4.3.1	Wichtigste caring-Bedürfnisse	65
4.3.2	Unwichtigste caring-Bedürfnisse	66
4.3.3	Wichtigste caring-Bedürfnisse nach Setting	67
4.3.4	Prioritäten nach Dimensionen	70
4.3.5	Unterschiede nach Setting	76
4.3.6	Signifikante Unterschiede nach sozialen Merkmalen	79
5	Zusammenfassung der Ergebnisse	80
6	Diskussion	82
7	Grenzen der Studie	87
8	Forschungsausblick	89
III.	Anhang	91
a)	Literatur	92
b)	Abbildungsverzeichnis	101
c)	Tabellenverzeichnis	102
d)	Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente	103
e)	Tabellenanhang	110
f)	Vortest-Protokoll	120
g)	Eingesetztes Erhebungsinstrument	122
h)	Curriculum Vitae	127

1 EINLEITUNG

Dem Jahresbericht 2006 der Statistik Austria zu Folge wurde im Jahr 2004 bei beinahe 37.000 Menschen eine bösartige Erkrankung diagnostiziert. Nach Herz-Kreislaufkrankungen zählen bösartige Tumorerkrankungen sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu den häufigsten Todesursachen (Statistik Austria, 2009). Betrachtet man die Entwicklung in Österreich aber längerfristig, so zeigt sich eher eine abnehmende Tendenz an Neuerkrankungen pro Jahr. (siehe Abbildung 1).

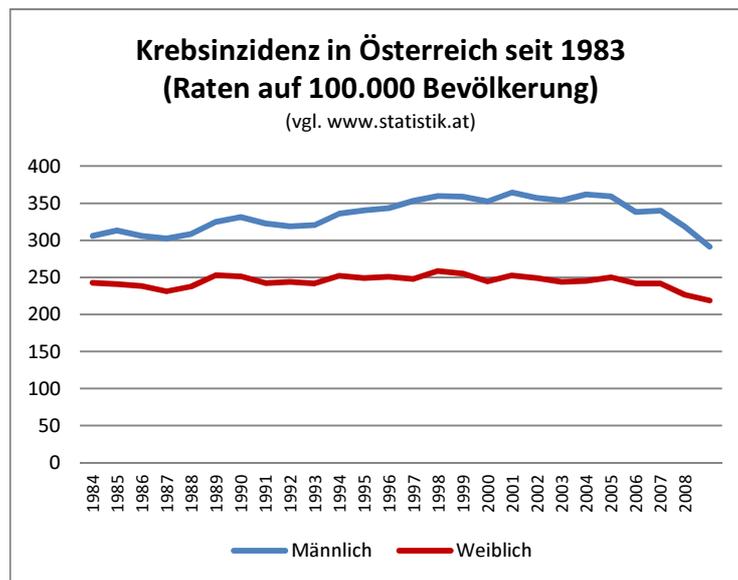


Abbildung 1: Krebsinzidenz in Österreich seit 1983

Die Statistiken weisen darauf hin, wie viele Neuerkrankungen bzw. Todesfälle es im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung gibt und vermitteln durch den öffentlichen Diskurs die Präsenz des Themas Krebs in der heutigen Gesellschaft. Wie viele Menschen jedoch mit der Erkrankung selbst leben müssen kann nur auf eine Schätzung zurückgeführt werden. Demnach sind weltweit zirka 25 Millionen Menschen von einer onkologischen Erkrankung betroffen (Garcia, Jemal, Ward, Center, Hao, Siegel, Thun, 2007).

Sowohl die Zahl der Neuerkrankungen wird in den nächsten Jahren ansteigen, als auch die Lebenserwartung durch Früherkennung und die Fortschritte im therapeutischen Bereich, was darauf schließen lässt, dass die Zahl der sogenannten Krebsüberlebenden oder „cancer-survivors“ weiter zunehmen wird (Statistik Austria, 2008; Garcia et al., 2007).

Diese Tatsache stellt nicht nur für die Familie und Angehörige eine neue Herausforderung dar, sondern auch für die Pflege und die pflegerische Versorgung dieser PatientInnengruppe. „Mit der wachsenden Anzahl von Menschen, die mit einer Krebserkrankung leben können, oder auch damit leben müssen, wird es immer wichtiger ein tieferes Verständnis für deren Unterstützungsbedürfnisse entlang ihres Krankheitsprozesses zu entwickeln“ (Zellhofer, 2009, S. 132).

Weiters besteht auch die Notwendigkeit sich dieser wachsenden Zielgruppe im Gesundheitswesen auf wissenschaftlicher Ebene vermehrt zuzuwenden, um somit eine fortschrittliche professionelle Versorgung zu gewährleisten, welche auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert. Die professionelle Versorgung von PatientInnen umfasst nicht nur fachliche Fertigkeiten und Wissen, sondern auch emotionale Professionalität (Rchadida, de Casterlé, de Blaeser, Gastmans, 2009).

Caring ist Bestandteil professioneller Pflege und ein wichtiger und notwendiger pflegerischer Aspekt im Umgang mit Menschen „schließlich gebührt der Sorge in der Pflege die primäre Rolle, weil sie die Chance gibt, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 25). Die Begleitung krebserkrankter Menschen stellt spezielle Anforderungen an Pflegepersonen und bezeichnet *caring* als eine wichtige klinische Variable, welche die PatientInnenzufriedenheit und/oder das Behandlungsergebnis im positiven Sinne beeinflusst (Kelly, 1998).

Fürsorgliche Kommunikation und das „sich sorgen für andere“ sind für das Wohlbefinden der PatientInnen ebenso wichtig, wie das Erklären einer bevorstehenden Behandlung oder Therapie (Holstein, 1996). Nähe ist ein wichtiger Faktor in der Pflege und erreicht eine neuartige Bedeutung, wenn es um die Betreuung von onkologisch erkrankten Menschen und deren Angehörigen geht (Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt, Häggström, 2009). Erst durch eine sorgende Beziehung zum anderen ist es möglich, dass Vertrauen aufgebaut werden kann. Dadurch kann die Pflegeperson Probleme wahrnehmen, mögliche Lösungen dafür erfassen und infolgedessen gezielt Strategien entwickeln, um einen umsorgenden Zustand der PatientInnen herbeizuführen (Benner & Wrubel, 1997). So ließ sich aus der Literatur erkennen, dass nicht nur *caring*-Bedürfnisse von PatientInnen im Allgemeinen (Huggins, Nash, Gandy, Kohut, 1993; Khademian & Vizeshfar, 2008;

McNamara, 1995; Meadows, 2007; Schmid Büchi, 2001; Widmark-Petersson, von Essen & Sjöden, 2000), sondern ebenso von onkologisch erkrankten PatientInnen bereits sehr ausführlich und umfassend erforscht wurden (Posma, Van Weert, Jesse, Bensing, 2009; Liu, Mok, Wong, 2005; Christopher & Hegedus, 2000; Larsson, Peterson Widmark, Lampic, von Essen, Sjöden., 1998; von Essen & Sjöden, 2003; Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt, Häggström, 2009; Widmark-Petersson, von Essen, Lindman, Sjöden, 1996; Yuanmay, Ya-Ping, Hsiu-Ju, Chia-Chin., 2005).

Trotzdem zeigt der aktuelle Forschungsstand, dass sich die Wissenschaft den *caring*-Bedürfnissen *onkologisch erkrankter Menschen mit Fokus auf die Stadien der Erkrankung* noch nicht angenommen hat. Aus dieser Erkenntnis ergab sich folgende Forschungslücke, welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit geschlossen werden soll:

Erfassung der Prioritäten von caring-Bedürfnissen krebserkrankter Menschen in verschiedenen Stadien der Erkrankung bzw. in unterschiedlichen Behandlungssituationen (postoperatives, behandlungszentriertes und palliatives Setting).

Das Hauptziel der Arbeit war es, neben der theoretischen Auseinandersetzung mit *caring* mittels einer Begriffsbestimmung und der Beleuchtung und Darlegung des Forschungsstandes, sich der noch relativ „unberührten“ Thematik zuzuwenden und herauszufinden, welche Prioritäten von *caring*-Bedürfnissen onkologisch erkrankte Menschen in den drei unterschiedlichen Settings äußern.

Daraus folgend ergaben sich folgende Forschungsfragen:

- **Wo liegen die Prioritäten der *caring*-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen im postoperativen Setting?**
- **Wo liegen die Prioritäten der *caring*-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen im behandlungszentrierten Setting?**
- **Wo liegen die Prioritäten der *caring*-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen im palliativen Setting?**

Im Hinblick auf mögliche Unterschiede soll erfasst werden, inwiefern folgende Faktoren Einfluss auf *Caring*-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen in allen drei Settings haben:

- 1) Setting
- 2) Alter
- 3) Geschlecht
- 4) Bildung
- 5) Aufenthaltsdauer

Zusätzlich wurde folgende Hypothese aufgestellt, welche anhand der vorliegenden Arbeit überprüft werden soll:

„*Caring*-Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen im Krankenhaus unterscheiden sich, je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung (Setting - postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) sich diese befinden“.

Es soll durch diese Arbeit vor allem ein besserer Überblick der geforderten *Caring*-Bedürfnisse von Menschen mit einer Krebserkrankung ermöglicht werden. Die Ergebnisse sollen weiters dazu beitragen, den fürsorglichen Bedürfnissen von onkologisch erkrankten Menschen während ihres Krankenhausaufenthaltes besser entgegen zu kommen und dadurch die Qualität des Aufenthaltes für sie angenehmer zu gestalten. In weiterer Folge können sich die Pflegepersonen auf die von den PatientInnen als „sehr wichtig“ eingestufte Bedürfnisse fokussieren und somit eine Zufriedenheitssteigerung der PatientInnen herbeiführen.

Die vorliegende Diplomarbeit ist Teil des Projektes „Careful – *Caring*-Bedürfnisse von onkologisch erkrankten Menschen und deren Einschätzung durch Pflegepersonen im postoperativen, behandlungszentrierten und palliativen Setting“ und ergab sich in Kooperation mit dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien und dem Krankenhaus Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Hanna Mayer.

Die Arbeit lässt sich überblicksmäßig in zwei Teile gliedern. Nach einer theoretischen Einführung in die Thematik folgen die Verknüpfung zur bereits bestehenden Literatur und die methodische Herangehensweise an die Fragestellungen. Essentielle

Begrifflichkeiten werden erklärt, auf den historischen Hintergrund eingegangen und wesentliche TheoretikerInnen und ihre Auseinandersetzung mit dem Phänomen *caring* vorgestellt. Auch wird die Begrifflichkeit *caring* als Konzept dargestellt und mit der vorhandenen Literatur in Beziehung gesetzt. In einem weiteren Schritt wird das methodische Vorgehen beschrieben, in welchem verfügbare Messinstrumente aufgezeigt werden und das eingesetzte Erhebungsinstrument beschrieben wird.

Der zweite Teil der Arbeit beinhaltet die empirische Auseinandersetzung mit der Thematik *caring*, in welcher das Studiendesign und die Stichprobe der Untersuchung beschrieben werden. Ethische Überlegungen, das Verfahren der Datenerhebung bis hin zur Adaption des Messinstrumentes und der Prozess der Datenauswertung werden dargestellt. Im Anschluss darauf folgt die eigentliche Ergebnisbeschreibung, in welcher die erhobenen Daten statistisch aufbereitet dargestellt, interpretiert, kommentiert und mögliche Zusammenhänge aufgezeigt werden.

Eine Diskussion, die Grenzen der Studie und der Forschungsausblick werden am Ende der Arbeit angeführt. Im Rahmen der Diskussion werden die Ergebnisse kritisch betrachtet und sollen infolgedessen zu Denkanstößen anregen. Die Grenzen der vorliegenden Studie beziehen sich einerseits auf stichprobenbezogene und andererseits auf methodische Probleme. Der Ausblick wirft wissenschaftliche Fragestellungen auf und dient zur Anregung weiterer Forschungstätigkeit in diesem Bereich.

I. THEORETISCHER DISKURS

2 THEORETISCHER HINTERGRUND UND FORSCHUNGSSTAND

In erster Instanz erfolgte eine Literaturrecherche über die vorliegende Thematik. Hierbei wurde in den fachspezifischen Literaturdatenbanken PUBMED, CINAHL und InterScience recherchiert. Mittels der Schlagwortkette *caring* AND *cancer* ließen sich rund vierhundertsevenundsiebzig Einträge finden und mit den Suchbegriffen *caring* AND *cancer* AND *nursing* ergaben sich zweihundertundsiebenundreisig Treffer. Wie bereits auch Benner & Wrubel (1997) anführen, könnte die hohe Trefferquote darauf zurückgeführt werden, da der Begriff *caring* („Fürsorge“) in der Pflege teilweise mit dem Schlagwort *nursing* („Pflege“) gleichgesetzt wird und somit nicht konkret den zwischenmenschlichen Aspekt (*caring*) in der pflegerischen Beziehung anspricht. Aus Sicht der pflegewissenschaftlichen Literatur zeigte sich, dass *caring* bereits sehr umfangreich untersucht und behandelt wurde. Der überwiegende Teil der pflegewissenschaftlichen Literatur befasst sich mit dem Phänomen *caring* jedoch auf einer sehr allgemeinen und theoretischen Ebene (Schnepp, 1996; Holenstein et al., 1996; Lea, Watson, Deary, 1998; Sourial, 1997; Webb, 1996; Kyle, 1995; Spichiger, Wallhagen, Benner, 2005; Felgen, 2003; Scotto, 2003; Gaut, 1993; Finfgeld-Connett, 2008), oder versucht *caring* innerhalb eines bestimmten Settings mittels eines quantitativen Vorgehens zu erheben (von Essen & Sjöden, 1991; von Essen & Sjöden, 2003; Larsson, Peterson, Lampic, von Essen, Sjöden, 1998; Khademian & Vizesfar, 2008; Chang, Lin, Chang, Lin, 2005; Watson, Deary, Lea, 1999; McCance, Slater, McCormack, 2008). Fokussiert auf die Zielgruppe „onkologisch erkrankte Menschen“ zeigten sich ebenfalls einige Studien in Verbindung mit *caring* und dessen quantitativer Messung (Posma et al., 2009; Christopher & Hegedus, 2000; Larsson et al., 1998; von Essen & Sjöden, 2003; Rchaidia, Dierckx de Casterlé, de Blaeser, Gastmans 2009; Yuanmay et al., 2005; Zamanzadeh, Azimzadeh, Valizadeh, 2010; Liu et al., 2005).

Da es sich bei *caring* um ein sehr umfassendes und vielseitig beschriebenes Phänomen handelt (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, Johnson, 1990), ist es folglich notwendig, eine genaue Begriffsklärung vorzunehmen.

2.1 CARING BEGRIFFSBESTIMMUNG

Unterschiedlichste wissenschaftliche Thematisierungen zeigen ein wachsendes Interesse rund um das Konzept *caring*, welches als zentrales Element der gegenwärtigen Pflege angesehen werden kann (Kelly, 1998). Bereits seit Anfang der 80er Jahre wird der Begriff *caring* in der Pflege(wissenschaft) kontrovers diskutiert und dabei aber immer als Grundlage für eine gelungene Pflege angesehen. Die beiden Begrifflichkeiten „Pflege“ und „Sorge“ liegen in ihrer Sinnhaftigkeit sehr eng zusammen, wobei „Sorge“ den Gedanken von „sich um etwas kümmern“ vertritt und der Begriff „Pflege“ ein „sich einsetzen für etwas“ meint. Der Ursprung von *caring* lässt sich auf die beiden Begriffe „care“ und „cure“ zurückführen, welche beide mit dem Wort „Sorge“ übersetzt werden können. Hingegen lässt sich „Care“ vom altenglischen Begriff „carian“ ableiten und verfolgt eine geringe machtvolle Ansicht, wogegen sich „cure“ ursprünglich aus dem Lateinischen entwickelt und eine größere Nähe zu einer machtvollen Position aufweist. Der angeführte geschichtliche Bezug betrifft in erster Linie den anglosächsischen Raum (Dunlop zitiert nach Stemmer, 2003).

Des Weiteren lässt sich die Affinität von Pflege zu dem Phänomen *caring* bereits auf die Zeit von Florence Nightingale zurückführen, wobei die Krankenpflege die Verwendung des Begriffs „care“ kontinuierlich in die Literatur einbettet. Für Nightingale liegen die Wurzeln der Pflege in einer fürsorglichen und heilenden Beziehung, welche sie durch die Begrifflichkeit *caring* beschreibt (Marriner-Tomey, 1992). So sieht Sourial (1997) *caring* als den Mittelpunkt der Krankenpflege und meint, dass dieser als Teil des Krankenpflegedenkens angesehen werden sollte (Sourial, 1997). Der Begriff folgt entweder einer schlichten Übersetzung, einer Beschreibung/Umschreibung, oder man versucht ihn zu definieren. So meint Schmid-Büchi(2001), „die Umschreibung des Begriffs ist aber ungenügend, deshalb ist *caring* aus verschiedenen pflegewissenschaftlichen Blickwinkeln beschrieben worden“ (Schmid-Büchi, 2001, S. 153).

Weitere TheoretikerInnen weisen explizit darauf hin, dass es keine einheitliche und klare Definition von *caring* gibt (Benner & Wrubel, 1997; Chipman, 1991; Perini, Grunder, Stauffer, Gandon, Dätwyler, Hantikainen, 2006; Swanson 1991).

Morse, Sohlberg, Neander, Bottorff, Johnson (1990) beleuchten *caring* aus fünf unterschiedlichen Perspektiven.

Caring als menschliche Eigenschaft (1) („human trait“) meint *caring* als Teil der menschlichen Natur. Die Eigenschaft zu pflegen wird von eigenen Erfahrungen geprägt und durch Wissen und Fertigkeiten der pflegerischen Ausbildung auf eine professionelle Ebene gehoben. So wird *caring* (als menschliche Eigenschaft), als eine treibende Kraft für pflegerische Tätigkeiten klassifiziert, welche ebenso von kulturellen Aspekten beeinflusst wird.

Caring als moralisches Ideal (2) („moral imperative or ideal“) wird als ein fundamentaler Wert in der Pflege beschrieben. Es kann nicht als eine Reihe von belegbaren Verhaltensweisen beschrieben werden, da diese von Charaktereigenschaften und Vorstellungen der Pflegeperson beeinflusst werden und in weiterer Folge ihr Handeln prägen. Es meint die Haltung, welche die Pflegeperson (unter Berücksichtigung moralischer Ideale) den PatientInnen gegenüber einnimmt. Die Aufrechterhaltung der individuellen Würde und Integrität der PatientInnen werden als Berufung von *caring* definiert. Die Arbeitsumgebung der Pflegepersonen sollte die Anwendung von *caring* zulassen und unterstützen, da der Wert von *caring* oftmals nicht anerkannt und als selbstverständlicher Teil der pflegerischen Tätigkeit angesehen wird.

Caring als Emotion (3) („affect“) beschreibt dieses mit einer emotionalen Verbundenheit der Pflegeperson gegenüber den Erfahrungen der PatientInnen. In diesem Zusammenhang meint es, ein Gefühl von Sorge, Interesse, Beobachtung und Hingabe der Pflegeperson mit Fokus auf den Schutz der PatientInnen, welche zur Motivation pflegerischer Tätigkeiten beitragen sollen. Es trägt zur gegenseitigen Selbstverwirklichung bei und steigert die Vertrautheit zwischen PatientInnen. *Caring* lässt sich als Prozess beschreiben und entwickelt sich aus folgenden vier Stufen: Bindung, Eifer, Vertrautheit und Bekräftigung. Jede Phase muss vorhanden sein, da es ansonsten nicht zu *caring* kommen kann. In diesem Zusammenhang handelt die Pflegeperson selbstlos und ohne Erwartung dafür belohnt zu werden. Zeitliche und technische Einschränkungen und auch die Warnung sich emotional zu intensiv auf

die PatientInnen einzulassen, können sich auf die Entwicklung von *caring* negativ auswirken.

Caring, welches die zwischenmenschliche Beziehung (4) („interpersonal relationship“) anspricht, bezeichnet die Beziehung zwischen PatientInnen und Pflegepersonen als die Essenz von *caring*. So erklärt und äußert sich *caring* durch die Interaktion zwischen PatientIn und Pflegeperson und umfasst die Gefühle und Verhaltensweisen, die mit der Beziehung in Verbindung stehen. Es äußert sich durch das Interesse am Anderen und dessen Gesundheitszustand.

Caring als therapeutische Intervention (5) („therapeutic intervention“) versteht dieses als Tätigkeiten, die mit *caring* in Verbindung stehen. Handlungen, wie fürsorgliches Zuhören, Anleitung der PatientInnen, PatientInnenvertretung, Berührung, „Dasein“ und technische Kompetenz sollen die PatientInnen in ihrer Situation unterstützen. Wissen und Fertigkeiten sind Grundlage für diese *caring* Tätigkeiten, ebenso wie die Übereinstimmung der Handlungen seitens der Pflegeperson mit den Bedürfnissen der PatientInnen. Aus der Sicht von PatientInnen zeigte sich, dass jene Verhaltensweisen und Interventionen der Pflegepersonen als wichtig eingestuft wurden, welche *caring* ausmachen. Sie fühlen sich umsorgt, wenn sie als Individuum wahrgenommen werden, Unterstützung im Umgang mit ihrer Erkrankung bekommen, Bedürfnisse vorausgeahnt werden, die Sicherheit über die Verfügbarkeit der Pflegeperson gegeben ist und die Pflegepersonen entspannt und selbstbewusst sind.

Vergleicht man die Vorstellung von *caring* der PatientInnen mit jenen der Pflegepersonen, so lassen sich Unterschiede erkennen. Während PatientInnen bei der Vorstellung von *caring* ihren Fokus eher auf die instrumentellen Verhaltensweisen legen, empfinden Pflegepersonen die Verbundenheit und emotionale Tätigkeiten als wichtig. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass den PatientInnen nicht alle Intentionen von Pflegehandlungen bewusst sind (Morse, Solberg, Neander, Bottorff, Johnson, 1990).

Caring kann nicht als Phänomen beschrieben werden, welches ausschließlich der Pflege vorbehalten ist, jedoch spielt es in der professionellen Pflegepraxis eine zentrale Rolle. Ausgehend von der Tatsache, dass sich der Begriff *caring* nur schwer

ins Deutsche übersetzen und beschreiben lässt, kann im weitesten Sinne von einer menschlichen Eigenschaft (Sourial, 1997) und vom emotionalen Anteil in der pflegerischen Beziehung gesprochen werden (Schnepp, 1996). Es wird als Teil einer ganzheitlichen Pflege klassifiziert und ist mit dem medizinischen-biosozialen Model verbunden. So sollten die PatientInnen mit einem ganzheitlichen Blick betrachtet werden, welcher über deren körperliche und biomedizinische Versorgung hinaus reicht (Sourial, 1997).

Caring ist zentraler Anteil einer professionellen Pflegepraxis, welches sich sowohl in einer Grundhaltung der Pflegeperson, als auch in konkreten Handlungen gegenüber der pflegebedürftigen Person äußert (Martinsen, 1989 in: Kristiansen et al., 2006). Es kann als eine innere Haltung angesehen werden, welche die Selbstständigkeit des anderen individuell fördern und infolgedessen auch wieder herstellen soll. Eine Art des Verbundenseins mit dem anderen, indem sich emotionale Zustände (Gefühle, Gedanken, Handlungen usw.) miteinander vereinigen (Kessler, 2000).

2.2 CARING THEORIEN

Die Auseinandersetzung mit pflegewissenschaftlichen Theorien lässt sich bereits auf die Zeit um Florence Nightingale zurückführen. Sie verknüpfte die Pflege mit helfenden, sorgenden Handlungen und mit deren Einfluss auf die Umwelt, um die Heilung der PatientInnen zu unterstützen. Im 21. Jahrhundert etablierte sich die Pflegewissenschaft erneut mit einem humanistischen Verständnis, in dem das pflegerische Handeln als Versorgung und Betreuung (*caring*) verstanden wurde. In dieser Zeitspanne unterlagen die Pflege-theorien verschiedensten Entwicklungsphasen, welche als Förderung der Pflege zu einer wissenschaftlichen Disziplin beigetragen haben (Schaeffer, Moers, Steppe & Meleis, 2007).

So beschreiben Schaeffer et al. (2007), dass „das Ziel der Forschung die Entwicklung von Theorien zur Beschreibung, Erklärung und Interpretation pflegerischer Praxis sei. Ziel reflektierter Pflegepraxis ist zudem die Entwicklung von Pflege-theorien“ (Schaeffer et al., 2007, S. 33). Demnach streben Pflege-theorien spezifisch an „Phänomene zu beschreiben, Beziehungen zwischen Phänomenen zu erklären, Folgen vorherzusagen oder Pflegehandlungen vorzuschreiben“ (Meleis,

1999, S. 43), um damit in weiterer Folge PatientInnen eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten, welche auf wissenschaftlichen und theoretischen Grundlagen basiert.

Caring als breites und facettenreiches Konzept wurde in unterschiedlichsten pflegewissenschaftlichen Theorien eingebettet und daher aus verschiedensten wissenschaftlichen Perspektiven beleuchtet und angewendet. Folglich sollen vier pflegewissenschaftliche Theorien angeführt werden, welche das Phänomen *caring* als zentrales Element beinhalten und sich in unterschiedlicher Art und Weise damit auseinander gesetzt haben. Die Theorien befinden sich auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen, was darauf zurückgeführt werden kann, dass sich die Ansichtsweisen bzw. Auffassungen bezogen auf *caring* unterscheiden.

So kann bei den Theorien von Wiedenbach (1963), Watson (1988) und Benner & Wrubel (1989) von großen Theorien (globale Theorien) gesprochen werden, dessen Aufgabe es ist, das Wesen, Ziele und die Aufgaben der Pflege darzustellen (Kirkevold, 1996). Sie sollen eine Art Perspektive vorgeben, von welchem die Welt bzw. die Pflege betrachtet werden kann und stellen somit das Spezielle der Pflege möglichst umfänglich dar. Die globalen Theorien beinhalten Konzepte (wie beispielsweise *caring*) und lassen sich als konzeptuelle, abstrakte Modelle charakterisieren, die dazu dienen, einen theoretischen Rahmen zu schaffen, wenn beispielsweise Verknüpfungen mit anderen Theorien vorgenommen werden. Das theoretische Denken und die Theorien sollten somit als ein essentielles Element der pflegerischen Tätigkeit angesehen werden und richten sich dabei nicht nur an TheoretikerInnen der vorliegenden Wissenschaftsdisziplin, sondern ebenfalls an Pflegepersonen in unterschiedlichsten beruflichen Positionen (Meleis, 1999).

Swanson's Theorie (1991) befindet sich auf einem mittleren Abstraktionsniveau und bilden die Brücke zwischen den großen Theorien („globalen Theorien“) und der Praxis. Sie beschränken sich auf ein gewisses Themengebiet, in welchem eine spezifische und begrenzte Anzahl von Phänomenen oder Konzepten behandelt werden, die mit der Praxis in Verbindung stehen. Aufgrund dieser Tatsache sind Theorien mittlerer Reichweite überprüfbar und durch ihre Spezifität sowohl für Wissenschaft als auch für Praxis hilfreich (Kirkevold, 1996).

2.2.1 „THE HELPING ART OF NURSING“ (WIEDENBACH, 1963)

Bei der Theorie von *Ernestine Wiedenbach* (1964) „*Clinical nursing-A helping art*“ handelt es sich um die erste dieser Theorie, welche auch im deutschsprachigen Raum publiziert wurde. Laut Wiedenbach ist die Hauptaufgabe der Pflege herauszufinden, wie Pflegepersonen die Bedürfnisse der PatientInnen im Beziehungsprozess befriedigen können. Ziel der Pflege ist die Befriedigung des Bedürfnisses nach Hilfe und die Unterstützung der Selbstständigkeit des Patienten. Jegliches Verhalten eines Patienten stellt die Grundlage dar, um pflegerisches Handeln stattfinden zu lassen. Erkennt die Pflegeperson, dass es dem Patienten nicht möglich ist seine Bedürfnisse selbstständig zu befriedigen, so ist die Anwendung einer pflegerischen Handlung angebracht. Diese pflegerischen Handlungen sind gekennzeichnet von Gefühlen und Wertvorstellungen und lassen sich als zielorientierte und überlegte Aktivitäten klassifizieren. Voraussetzung für jede pflegerische Handlung ist eine vertrauensvolle Beziehung. Der Beziehungsaspekt zwischen Patient und Pflegeperson nimmt in ihrer Theorie ebenfalls einen sehr wichtigen Stellenwert ein (Steppe, 1991). Die Pflegeperson entwickelt gemeinsam mit dem Patienten einen Plan, der Ziele enthält, welche erreicht werden wollen. Dabei soll sie die notwendige Unterstützung bieten, damit die PatientInnen ihre Ziele erreichen können. Bereits bei der Definition von Pflege „für jemanden in mütterlicher Weise sorgen, ihn mit angemessener Hilfe zu unterstützen [...]“ (Watson zitiert nach Steppe, 1991, S.510) tritt der sorgende Aspekt in den Vordergrund. Sie beschreibt somit den Begriff Pflege, indem sie in einer gewissen Art und Weise von *caring* spricht. "Caring", "Fürsorge" und "Sorge" werden in ihrer Theorie auch nicht einzeln beschrieben, sondern in ihren Metaparadigmen erwähnt. So verbindet sie das Metaparadigma des „pflegerischen Handelns“ mit dem Phänomen *caring* (George zitiert nach Wiedenbach, 1995)

2.2.2 „THE THEORY OF HUMAN CARE/CARING“ (WATSON, 1979)

Jean Watson (1979) beleuchtet in ihrer Theorie „*Nursing: The Philosophy and Science of Caring*“ das Phänomen *caring* aus einer philosophischen Sicht und versucht damit Philosophie und Wissenschaft in der Pflege zu vereinen. Für die Theoretikerin ist es wichtig, einen ganzheitlichen, holistischen Blick auf die Pflege zu

werfen, sowohl aus geistes- als auch aus naturwissenschaftlicher Sicht. Die Beziehung zwischen PatientIn und Pflegeperson steht dabei im Vordergrund. Die gesamte Theorie baut auf Zuwendung (*caring*) auf und zielt darauf ab, durch den Zuwendungsprozess das Wachstum des Selbst und des anderen zu ermöglichen. Hierzu bedarf es einer gewissen Grundhaltung der Pflegeperson, welche die Bedeutung der Fürsorge in der Pflege wahrnehmen muss und im pflegerischen Handeln verwirklichen soll (Watson zitiert nach Marriner-Tomey, 1992).

Die Autorin beschreibt in ihrer Theorie 10 Faktoren der Zuwendung (*carative factors*), welche das Gerüst dieser bilden. Diese Faktoren können als Interventionen verstanden werden, welche mit dem Prozess der Zuwendung in Verbindung stehen und zu einer Weiterentwicklung der Person beitragen sollen. Ein weiteres Konzept stellt die „transpersonal Zuwendungsbeziehung“ (*transpersonal caring relationship*) dar, welche als Beziehung zwischen zwei Menschen beschrieben wird, in der eine Verbindung zum anderen verspürt wird. Das dritte Konzept beschreibt den Augenblick der Zuwendung („*caring moment*“) und meint damit das Zusammentreffen zweier Personen, in der Zuwendung stattfindet (Watson, 1999).

Watson verwendet immer wieder den Begriff „Liebe“, welcher eine starke Verbindung zu Sorge („*caring*“) aufweist. Beide sind Teil des Ideals einer Pflegeperson und stellen moralische und erstrebenswerte Aspekte dar (Watson zitiert nach Marriner-Tomey, 1992).

Für Watson hat jeder Mensch das Verlangen nach Liebe und Zuwendung. Diese Bedürfnisse müssen jedoch erst bei einem selbst anerkannt und honoriert werden, ehe man sich anderen auf eine liebevolle Art und Weise zuwenden kann. *Caring* nimmt in dieser Theorie einen hohen Stellenwert ein, da es Grundlage für einen und Ergebnis von einem gelungenen Beziehungsaufbau ist. Diese Beziehung ist für Jean Watson ein zentraler Aspekt in der Pflege. Es geht nicht einzig und allein darum, der Person aus medizinischer Sicht zu helfen, sondern diese als ganzheitliches Wesen anzusehen, deren Bedürfnisse über die rein körperlichen hinausgehen. (Watson zitiert nach Marriner-Tomey, 1992).

„Sie sieht darin das moralische Ideal von Pflege“ (Watson zitiert nach Meleis, 1999, S. 170) und auch eine Möglichkeit die Entwicklung bzw. das Denken unserer Gesellschaft positiv zu beeinflussen (Watson zitiert nach Marriner-Tomey, 1992).

2.2.3 „THE PRIMACY OF CARING“ NACH BENNER & WRUBEL (1989)

Die Theorie von *Benner und Wrubel* (1989) „*Primacy of Caring*“ basiert auf einer theoretischen Ebene und versucht sich klar vom bisherigen positivistischen Weltbild und dessen Wissenschaftsverständnis zu distanzieren. Die Theorie „orientiert sich an Heideggers phänomenologischem Weltbild“ (Kirkevold, 1996, S. 131) und zielt darauf ab, anderen Menschen zu helfen und diese dahingehend zu unterstützen, jenen gesundheitlichen Zustand wieder zu erreichen, welchen sich die Betroffenen wünschen (Schaeffer, Moers, Steppe, 2007). Die Begriffe „Fürsorge, Person, Situation, Kontext, Stress, Bewältigung, Krankheit, Symptome, Lebenslauf, Gesundheit und Gesundheitsförderung“ (Kirkevold, 1996, S. 131) werden als zentrale Elemente in der Theorie von Benner und Wrubel angeführt. Der Begriff „Fürsorge“ und somit auch dessen sinngemäße Umschreibung des „sich um etwas kümmern“ bilden den Ausgangspunkt des humanistischen Daseins. Erst durch die Sorge ist es möglich eine kompetente Pflege zu gewährleisten. „Schließlich gebührt der Sorge in der Pflege die primäre Rolle, weil sie die Chance gibt, Hilfe zu leisten und Hilfe anzunehmen“ (Benner & Wrubel, 1997, S. 23). Die Theoretikerinnen bezeichnen diese Fürsorge als wechselseitige Beziehung in der es zum Aufbau von Vertrauen kommt und es beiden möglich ist, sich zu verwirklichen. Fürsorge stellt für sie eine grundlegende Qualifikation für sämtliche menschliche Tätigkeiten dar (Schaeffer et al., 2007).

Für Benner und Wrubel ist das wesentliche einer *Person*, dass sie „in einer Welt lebt und sich zu dieser auf eine sinnvolle Art und Weise verhält“ (Kirkevold, 1996, S. 132). Die Person ist einer ständigen Weiterentwicklung und verschiedensten Situationen ausgesetzt. Die *Situation* wird als Element des menschlichen Daseins beschrieben und steht im Zusammenhang mit dem Begriff Kontext. Der *Kontext* beschreibt den „kulturellen, historischen und sozialen Zusammenhang, indem der Mensch lebt“ (Kirkevold, 1996, S. 133). *Stress* wird definiert als eine Art von „Bruch im Leben“, der mit dem Menschen und der Situation in Verbindung steht. Die *Bewältigung* wiederum steht im Zusammenhang mit Stress, da der Mensch durch seine Lebenserfahrungen bestimmt, was als Stress erlebt wird und welche Bewältigungsmöglichkeiten sich daraus ergeben. Laut Benner und Wrubel stellt *Krankheit* eine Stressquelle dar. Sie unterteilen Krankheit in die Begriffe „illness“ und „disease“ - welche sich gegenseitig beeinflussen. Der Begriff „disease“ umfasst die pathologischen Prozesse des

Menschen, demgegenüber beschreibt „illness“ „menschliche Erlebnisse des Verlustes oder der Behinderung, die mit dem pathologischen Zustand einhergehen“ (Kirkevold, 1996, S. 134). Daran knüpfen sie die Begrifflichkeit *Symptom* an, wobei dieses von einem Menschen mit einer bestimmten Bedeutung in Verbindung gebracht werden muss, um sich dementsprechend krank zu fühlen. Pathologische Veränderungen führen demnach nicht allein dazu, dass sich die Person krank fühlt, vielmehr ist es die Bedeutung, die diese Veränderung für den Menschen mit sich bringt. *Lebenslauf* bedeutet das Leben, welches als Entwicklung angesehen werden kann und den Menschen immer wieder mit neuen Lebenslagen konfrontiert. Phasen des gesamten menschlichen Entwicklungsprozesses fordern den Menschen immer wieder auf, sich gewissen Situationen zu stellen und diese zu lösen. Menschen stehen im Laufe ihres Lebens oftmals vor identischen Herausforderungen, dennoch ist eine Prophezeiung, wie sie diese erleben bzw. bewältigen werden, nicht möglich (Kirkevold, 1996). Der Begriff *Gesundheit* wird als „ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer soziokulturellen Gruppe, die als sinnvoll erlebt wird und wo die speziellen Interessen des einzelnen in diesem Zusammenhang zum Ausdruck gebracht und gelebt werden können“ (Kirkevold, 1996, S. 136). Der Begriff wird in das „objektive Verständnis von Gesundheit“ und „Wohlbefinden“ unterteilt. Dabei fokussieren sie sich eher auf den Begriff „Wohlbefinden“, da er das individuelle Erleben der PatientInnen miteinschließt und die Situation und den Zustand der Person berücksichtigt. Benner und Wrubel grenzen sich deutlich vom Begriff der *gesundheitsfördernden Maßnahmen* ab und fordern, dass sich diese an das persönliche Erleben der Person anpassen (Kirkevold, 1996).

2.2.4 „EMPIRICAL DEVELOPMENT OF A MIDDLE RANGE THEORY OF CARING“ NACH SWANSON (1991)

Im Gegensatz zu den oben erwähnten globalen Theorien, handelt es sich bei der Theorie von *Kristen M. Swanson* (1991) „Empirical development of a middle range theory of caring“ um eine „Theorie mittlerer Reichweite“. Diese Theorien weisen einen sehr starken Praxisbezug und ein geringeres Abstraktionsniveau auf - sie bilden sozusagen den Übergang zwischen den „globalen Theorien“ und der Praxis und sind überprüfbar. Weiters bestimmen sie Anweisungen in „praxisnahen Theorien“, die eine konkrete Zielsetzung beinhalten (Walker & Avant, 1998).

Swanson (1991, 1993) leitete ihre Theorie induktiv von drei phänomenologischen Untersuchungen ab. Die ersten beiden Studien beziehen sich dabei auf den Bereich der Fehl- bzw. Frühgeburten von Frauen und die dritte Studie beschäftigt sich mit schwangeren Frauen aus sozial schwächer gestellten Schichten. Daraus folgend ergab sich eine Struktur und Definition von *caring*.

Die erste Studie befasste sich mit den Erfahrungen von Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten hatten. Das Ergebnis dieser Studie stellte die Identifizierung von fünf *caring*-Kategorien (knowing, being with, doing for, enabling, maintaining Belief) und deren erste Begriffsbestimmung dar. Die zweite Studie beschäftigte sich mit Eltern und Pflegepersonen auf einer Neugeborenenstation. Als Ergebnis dieser Studie kristallisierten sich die Bestätigung der fünf *caring*-Kategorien, sowie eine Verfeinerung der Begriffsbestimmungen (allgemeiner und weniger kontextgebunden) heraus. In der dritten Studie wurden sozial gefährdete Mütter befragt, welche eine öffentliche Langzeitpflegeeinrichtung mit pflegerischen Interventionen in Anspruch genommen haben. Diese Studie bestätigte ebenfalls die fünf *caring*-Kategorien, wobei eine der Kategorien einer leichten Veränderung unterlag (Swanson, 1991).

Schlussendlich ergab sich folgende Struktur von *caring* (Swanson, 1993):

- „*Maintaining Belief*“: Bedeutet die Herstellung der Hoffnung/Zuversicht der PatientInnen in die eigenen Fähigkeiten, um die Situation bewältigen zu können. Man soll an die PatientInnen glauben und ihnen dadurch Hoffnung und Zuversicht vermitteln. „*Maintaining Belief*“ zielt nicht nur darauf ab der Person einen Sinn im Leben zu vermitteln, sondern vielmehr sie dabei zu unterstützen mittels Wissen („*Knowing*“), Mitsein („*Being With*“), Unterstützung („*Doing For*“) und Befähigung („*Enabling*“) den richtigen Weg für ein erfülltes Leben zu finden.
- „*Knowing*“: Es soll versucht werden die Bedeutung eines Ereignisses im Leben des anderen zu verstehen und dieses nicht durch Vermutungen oder Annahmen zu deuten.
- „*Being With*“: Man soll auf emotionaler Ebene für den anderen präsent sein, d.h. anwesend sein und positive/negative Gefühle teilen können. Den PatientInnen soll vermittelt werden, dass ihre Erfahrungen und ihr Erlebtes für die Pflegeperson Bedeutung haben.

- „*Doing For*“: Bedeutet, dass man für den anderen das macht, was dieser/diese in der Situation für sich selbst machen würde. „Care“ im „Doing for“ beinhaltet beispielsweise jemanden zu unterstützen, seine Bedürfnisse wahrzunehmen und weiters seine Würde zu bewahren.
- „*Enabling*“: Die Pflegeperson soll der Person den Weg durch die Veränderungen in seinem Leben erleichtern und diesen durch Verwendung seines Expertenwissens unterstützen. Dabei soll das Wachstum (im Sinne von Heilung) der Person gefördert werden.

Die Basis der Struktur des *caring* bildet das Aufrechterhalten des Glaubens in die Person („*Maintaining Belief*“), welches alle philosophischen Einstellungen gegenüber Personen im Allgemeinen und spezifisch gegenüber der KlientInnen beinhaltet. In der Stufe des Wissen („*Knowing*“) geht es um das fundierte Verständnis („*Informed Understanding*“), das durch Wissen und Erfahrung entstandene Verstehen der klinischen Zustände im Allgemeinen und im Spezifischen, bezogen auf die Situation des Klienten. Beim Mitsein („*Being With*“) wird den KlientInnen das Gefühl vermittelt, dass diese als Person und ihre Situation der Pflegeperson wichtig sind. Die Unterstützung („*Doing For*“) und die Befähigung („*Enabling*“) bilden zusammen die therapeutischen Handlungen, die mit den anderen Stufen des *caring* zum gewünschten Ergebnis („*Outcome*“) und zwar dem „Client Well-Being“ führen sollen. Die fünf *caring*-Kategorien dienen keineswegs als stufenartige Anweisungen die es einzuhalten gilt, sondern vielmehr als allgemeine Schritte, um eine gelungene *caring*-Beziehung zu erreichen (Swanson, 1991).

Zusätzlich zu den fünf *caring*-Kategorien ergab sich eine Definition von *caring*: „*Caring* is a nurturing way of relating to valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility“ (Swanson, 1991, S. 165).

Caring ist definiert als die Unterstützung einer Person, für die man sich verantwortlich fühlt. Dies bezieht sich nicht nur auf die Pflegeperson-Klient-Beziehung, sondern auch auf die Beziehung zwischen den Pflegepersonen und weiters auf jene der Pflegeperson zu sich selbst. So wird die Beziehung zwischen zwei Menschen und der Umwelt durch das Phänomen *caring* dargestellt. Die Anwendung dieser Theorie soll die Wirksamkeit einer „*caring-based*“ Intervention auf die Frauengesundheit

bezogen aufzeigen und weiters den Nutzen von *caring* verdeutlichen, um Heilung und ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu bewirken (Swanson, 1991).

2.3 CARING BEDÜRFNISSE

Bisherige Forschungsarbeiten mit PatientInnen und Pflegepersonen weisen darauf hin, dass das Phänomen *caring* ein entscheidendes Kriterium für qualitätsorientierte Pflege ist. Es ist Teil professioneller Pflege und somit nicht nur ausschlaggebend für eine Basis in der pflegerischen Beziehung, sondern trägt auch maßgeblich zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen bei (Felgen, 2003).

Trotz der Tatsache, dass *caring* ein schwer zu definierender und messbarer Begriff ist, (was auch immer wieder Gegenstand kritischer Betrachtung bzw. Diskussion ist), lässt sich ein reges Forschungsinteresse dahingehend feststellen, was *caring* für PatientInnen und Pflegepersonen ausmacht und was es braucht, um sich umsorgt zu fühlen (Larson & Ferketich, 1993).

Caring-Bedürfnisse nehmen in der Praxis eine wichtige Rolle ein. Durch das Wissen und in weiterer Folge die Erfüllung dieser ist es möglich, eine auf *caring* basierte Pflegebeziehung zu gewährleisten (Yuanmay et al., 2005). Diese Art von Beziehung wird als eine vertrauensvolle und fürsorgliche Beziehung beschrieben, in der eine Verbundenheit zum anderen besteht (Rchaidia, Dierckx de Casterlé, De Blaeser, Gastmans, 2009).

Caring-Bedürfnisse lassen sich grundsätzlich in gefühlvolle und instrumentelle Aktivitäten unterteilen. Während gefühlvolle Aktivitäten die emotionale Unterstützung der PatientInnen beinhalten, geht es bei den instrumentellen Aktivitäten um jene wesentlichen Tätigkeiten, welche auf die medizinische Pflege der PatientInnen bezogen werden können (Yuanmay et al., 2005).

Studienergebnisse zeigen, dass es Unterschiede in der Auffassung von *caring* und den damit verbundenen Bedürfnissen aus Sicht der PatientInnen und der Pflegepersonen gibt (Papastravrou et al., 2011).

Für PatientInnen, welche vermehrte medizinische Pflege benötigen nehmen pflegerische Handlungen, die den physischen Gesundheitszustand betreffen, die

größte Wichtigkeit ein. Psychiatrische PatientInnen hingegen schreiben gefühlsbezogenen *caring*-Bedürfnissen den wichtigsten Stellenwert zu (Yuanmay et al., 2005). PatientInnen ist es wichtig jemanden an ihrer Seite zu haben, der sie ernst nimmt, der ihnen eine beruhigende Atmosphäre vermittelt, dem Verantwortung übergeben werden kann (im Sinne der Behandlung) und der sich um sie kümmert (Rudolfsson, von Post, Eriksson, 2007). Die Unterschiede in der Wichtigkeit von *caring*-Bedürfnissen seitens der PatientInnen könnten im Zusammenhang damit stehen, dass die Wahrnehmung gefühlvoller Aktivitäten durch die PatientInnen erst dann gegeben ist, wenn kompetente körperliche Pflege geleistet wird (Sourial, 1997).

Pflegepersonen hingegen klassifizieren psychosoziale *caring*-Handlungen als prioritär. Für Pflegepersonen sind *caring*-Handlungen eine Art „Erlaubnis“ die Authentizität zu wahren, die Sicherung von Wohlbefinden zu ermöglichen, die Begleitung der PatientInnen und die Verpflichtung Versprechungen einzuhalten (Rudolfsson et al., 2007).

Im pflegerischen Bereich der Onkologie wird *caring* immer mehr als ein Kernthema anerkannt, welches näherer Untersuchung bedarf. *Caring* kann den spezifischen und wertvollen Beitrag der Pflege innerhalb der Onkologie verdeutlichen, welcher größtenteils durch die Biomedizin dominiert wird (Kelly, 1998). So befassen sich eine Reihe von Studien mit der Beschreibung und Erfassung von sogenannten *Caring*-Bedürfnissen im Allgemeinen, aber auch im Speziellen bei onkologisch erkrankten Menschen (Posma, Van Weert, Jesse, Bensing, 2009; Christopher & Hegedus, 2000; Larsson, Peterson-Widmark, Lampic, von Essen, Sjöden, 1998; von Essen & Sjöden, 2003).

Die Studie von Rchaidia et al. (2009) beschäftigt sich mit Vorstellungen, Wünschen und Beschreibungen von onkologisch erkrankten PatientInnen, was eine „gute Pflegeperson“ ausmacht und in weiterer Folge zu solch einer klassifiziert. Verglichen mit anderen PatientInnengruppen weisen KrebspatientInnen eine differenzierte Auffassung von „guter Pflege“ („guter Pflegeperson“) auf. Für KrebspatientInnen nehmen die medizinische Versorgung und die technischen Fertigkeiten der Pflegepersonen (z.B. Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen und im Umgang mit technischen Gerätschaften) höchste Priorität ein. Die

technischen Fertigkeiten einer „guten Pflegeperson“ umfassen dabei Tätigkeiten, wie die Verabreichung von Infusionen, Blutabnahme, Aufrechterhaltung von Sicherheitsmaßnahmen und die Überwachung der Chemotherapie und können zu einer Verminderung der Schmerzen und Beschwerden der PatientInnen beitragen.

Auch das Wissen der Pflegeperson über ihre fachlichen Grenzen nimmt für onkologisch erkrankte Menschen einen wichtigen Stellenwert ein. So sollte eine Pflegeperson genau darüber Bescheid wissen, wann es notwendig ist, einen Arzt zu rufen. Ebenso spielt der Faktor „Ehrlichkeit“ für KrebspatientInnen hinsichtlich ihres medizinischen Zustandes eine sehr wichtige und wesentliche Rolle. Eine „gute Pflegeperson“ soll über medizinisches, pflegerisches, soziales und allgemeines gesundheitliches Wissen verfügen und die Erkrankung, Behandlung und Therapie der PatientInnen beobachten. Weiters bestehen sie auf Informationen über ihre Erkrankung, hilfreiche Vorschläge, Erklärungen über Operationen und dies in einer verständlichen Sprache. Sie haben das Bedürfnis, dass ihre Fragen klar und deutlich beantwortet werden, um somit mehr Wissen über die Krankheit, Behandlung und Therapie zu erhalten. KrebspatientInnen wollen individuell und als Person wahrgenommen werden und haben das Bedürfnis nach einer freundlichen und respektvollen Beziehung zur Pflegeperson. Die Pflegepersonen sollen Interesse an der Pflege und dem Wohlbefinden der PatientInnen zeigen und sich mit ihrem Zustand verbunden fühlen. In schwierigen Zeiten ist es PatientInnen wichtig, dass die Pflegeperson den Kontakt zu ihnen sucht und Unterstützung, Hoffnung und Zuversicht anbietet bzw. vermittelt. So ließ sich erkennen, dass die Charakteristika, welche eine Pflegeperson zu einer „guten Pflegeperson“ klassifizieren, für alle onkologisch erkrankten PatientInnen ähnlich sind. Durch die Umsetzung der definierten Erwartungen, Annahmen und Wünschen hinsichtlich der *caring*-Bedürfnisse kann eine Veränderung in der Pflege von KrebspatientInnen bewirkt werden und so eine Bedürfnisbefriedigung dieser wachsenden und vulnerablen Zielgruppe erreicht werden. Die Haltung und Kompetenz einer „guten Pflegeperson“ kann bei PatientInnen Gefühle wie Optimismus, Vertrauen, Hoffnung, Unterstützung, Verbundenheit, Sicherheit und Wohlbefinden herbeiführen. Onkologisch erkrankte PatientInnen weisen eine positivere Grundhaltung auf, depressive Gefühle können durch *caring* basiertes Verhalten durch die Pflegeperson vermindert werden und führen so zu mehr Optimismus und Hoffnung in Verbindung mit der Erkrankung. Die

Ausbildung von Pflegepersonen sollte sich somit an der Auffassung von „guter Pflege“ aus der Sicht von PatientInnen orientieren. Gerade in bedrohlichen Zeiten, welche oftmals durch Erkrankung oder Behandlung ausgelöst werden, ist onkologisch erkrankten Menschen eine auf Vertrauen basierende Beziehung sehr wichtig (Rchaidia et al., 2009).

Diese Erkenntnisse stehen im Zusammenhang mit weiteren Studien und zeigen, dass „gute Pflege“ und deren Äußerung durch die Pflegeperson auf bestimmten zwischenmenschlichen Ereignissen basiert (Harmonie der Einstellungen und Fähigkeiten). KrebspatientInnen betonen die Wichtigkeit der Einstellung seitens einer „guten Pflegeperson“ und verbinden diese mit professionellen Fertigkeiten und Wissen (Gastman, Dierickx de Casterlé, Schotsmans, 1998).

Resultierend aus den Erkenntnissen empfiehlt es sich der Auffassung von KrebspatientInnen, was eine „gute Pflegeperson“ charakterisiert, mehr Aufmerksamkeit zuzuschreiben, um eine umfassende und praxisnahe Pflege zu gewährleisten (Rchaidia et al., 2009).

Auch Larsson et al. (1998) befassen sich in ihrer quantitativen Untersuchung mit den *caring*-Bedürfnissen von KrebspatientInnen und Pflegepersonen. Zur Messung von *caring* wurde die CARE-Q („Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“) von Larson (1984) verwendet. Es zeigte sich, dass onkologische PatientInnen Erklärungen, Fertigkeiten und die Anteilnahme des Pflegepersonals höher einstufen, als das Personal selbst. Weiters reiht das Pflegepersonal Aspekte wie Erreichbarkeit und Trost höher ein, als PatientInnen (Larsson, Widmark Peterson, von Essen, Sjödén, 1998). Demzufolge lassen die Ergebnisse auch hier den Schluss zu, dass sich die Einstellung des Pflegepersonals und jene der PatientInnen über verschiedenste *caring*-Verhalten und Bedürfnisse unterscheidet. Diese Erkenntnis bestätigt somit, dass onkologisch erkrankte Menschen ein vermehrtes Bedürfnis nach einer fachlich-physiologischen Pflege aufweisen und emotionale *caring*-Bedürfnisse in ihrer Wichtigkeit nachgereicht werden.

Aufgrund einer *caring*-basierten Pflegebeziehung lassen sich auch unterschiedliche Auswirkungen einer solchen Beziehung auf PatientInnen und Pflegepersonen

verzeichnen. Bei PatientInnen und Pflegepersonen kommt es durch die Erfüllung ihrer *caring*-Bedürfnisse bzw. die Anwendung von *caring*-Verhalten zu einer allgemeinen Verbesserung ihres geistigen und körperlichen Wohlbefindens. Somit kann *caring* positiven Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand der PatientInnen und auf die Situation der Pflegepersonen nehmen (Finfgeld-Connett, 2008).

Ein ausgeprägtes Verständnis von *caring* und die Art und Weise wie es in der Beziehung ausgedrückt wird, soll Pflegepersonen dabei unterstützen, hochqualifizierte Betreuung zu gewährleisten - und die Krankenpflege selbst zu verstehen (Evangelia Patistea, 1999).

So lassen sich auch unterschiedliche Auswirkungen als Ergebnis einer *caring* geleiteten Pflegepraxis für PatientInnen und Pflegepersonen feststellen. Nach Watson (2009) kann bei PatientInnen durch den Einsatz von *caring* nicht nur emotionales, sondern auch spirituelles Wohlbefinden erreicht werden. Es begünstigt die physische Heilung der PatientInnen, fördert das Gefühl von Sicherheit und Komfort und kann zu einer Reduktion der Kosten beitragen. Weiters trägt der Einsatz von *caring* nicht nur zu einer vertrauensvollen Beziehung zwischen PatientIn und Pflegeperson bei, sondern auch zu einer engeren Beziehung mit Familienmitgliedern. Auch bei Pflegepersonen kann eine auf *caring* basierende Beziehung positive Auswirkungen zeigen. Pflegepersonen verspüren vermehrt Gefühle der Erfüllung, Zufriedenheit und Dankbarkeit und verbinden ihre pflegerische Tätigkeit mit einem Sinn und Zweck. Sie erfahren eine ganzheitliche Befriedigung und ihr Selbstwertgefühl wird aufrecht erhalten. Es ermöglicht ihnen ihre eigene Philosophie zu leben und ihr eigenes Verhalten besser zu reflektieren. Die pflegerische Beziehung, welche auf *caring* basiert, kann bei Pflegepersonen nicht nur zu einer respektvollen Anschauung von Leben und Tod beitragen, sondern auch die Liebe zur Pflege verstärken und dadurch das Wissen der Pflegeperson ausdehnen (Watson, 2009).

Weiters lassen sich auch wissenschaftliche Auswirkungen bei einem Nichtvorhandensein von *caring* in der pflegerischen Beziehung festmachen. PatientInnen weisen bei fehlendem *caring* Verhalten der Pflegepersonen vermehrt Gefühle der Erniedrigung, Angst, Hoffnungslosigkeit, Entfremdung, Verletzlichkeit

und Unkontrollierbarkeit auf. Durch die Abwesenheit von *caring* in der Pflege der PatientInnen kann dies negative Auswirkungen auf den Heilungsprozess dieser haben. Ebenso kann die Abwesenheit von *caring* in der Pflegebeziehung bei Pflegepersonen eine emotionale Abhärtung bewirken, die sich in einer Gefühllosigkeit widerspiegelt und Depressionen und Gefühle von Angst und Erschöpfung hervorruft (Watson, 2009).

2.4 ERHEBUNGSINSTRUMENTE ZUR MESSUNG VON CARING

Die Messung von *caring* und dessen Effektivität auf PatientInnen nimmt im Berufsfeld der Pflege eine wichtige Rolle ein. Ausgehend von der Literaturrecherche zeigte sich, dass es eine Vielzahl von quantitativen Erhebungsinstrumenten zur Messung von *caring* gibt. So ließ sich ein reges Interesse in der Entwicklung von *caring*-Messinstrumenten erkennen, welches sich bereits auf die 80er Jahre zurückführen lässt.

Im Jahr 1984 wurde das erste *caring*-Instrument „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“ zur Messung von *caring*-Verhalten (Wichtigkeit) durch Larson entwickelt. In den darauffolgenden Jahren konnte eine konstante Entwicklung von Messinstrumenten in diesem Zusammenhang mit unterschiedlichsten Zielsetzungen verzeichnet werden. Die gefundenen *caring*-Messinstrumente basieren entweder auf allgemeiner *caring*-Literatur, beziehen sich dabei auf dieses als Konzept, oder stützen sich auf unterschiedliche Theorien. Der überwiegende Teil der Instrumente basieren auf „Watson´s Theory of human caring and/or the 10 carative factors“ (Watson, 2009, S. 268).

Einige der Messinstrumente (Watson, 2009) weisen keinen konkreten Theoriebezug auf und basieren auf unterschiedlichsten theoretischen Annahmen. Die „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“ von Larson (1984), sowie die „Caring Satisfaction Questionnaire-CARE/SAT“ von Larson & Ferketich (1993) und die modifizierte Version dieser durch Lee et al. (2006), beziehen sich auf allgemeine Pflegetheorien und stützen sich zusätzlich auf erhobene *caring*-Bedürfnisse von KrebspatientInnen im Hinblick auf die Pflege. Ebenso basieren die Messinstrumente, die „Professional Caring Behaviors“ von Harrison (1995) und das „Methodist Health

Care System Nurse Caring Instrument“ von Shepherd, Rude & Sherwood (2000) auf einer allgemeinen pflegetheoretischen Ebene und beziehen sich außerdem auf die vorhandene *caring*-Literatur. Die „Client Perception of Caring Scale“ von McDaniel (1990) beruht größtenteils auf allgemeiner *caring*-Literatur und der Annahme von *caring* als Konzept. Die theoretische Basis der „Caring Dimension Inventory“ von Watson & Lea (1997) bilden, neben allgemeinen Pfllegetheorien, empirische und theoretische Erkenntnisse.

Ebenso zeigt die „Caring Attributes, Professional Self-Concept, and Technological Influences Scale“ von Arthur et al. (1999) keinen konkreten Theoriebezug auf. Items von 3 Kategorien entwickelten sich aus der pflegetheoretischen Literatur von Leininger, Benner, Watson und Morse (Watson, 2009).

Einige Messinstrumente (Watson, 2009) basieren hingegen auf verschiedensten Theorien, verfügen daher über einen konkreten Theoriebezug und gehen dabei von expliziten Vorstellungen bzw. Annahmen aus. So bezieht sich die „Caring Efficacy Scale“ von Coates (1996) auf „Bandura’s social learning theory from social psychology“, welche auf der Annahme beruht, dass das Lernen durch die Beobachtung des anderen vollzogen werden kann. Die „Holistic Caring Inventory“, welche von Latham (1988) entwickelt wurde, findet ihren Ursprung in der „Howard’s humanistic theory from psychology“, welche eine sehr umfassende Sichtweise einnimmt und von der Güte und dem Respekt der Menschheit ausgeht. Die „Caring Ability Inventory“ von Nkongho (1990) und die „Nyberg Caring Assessment Scale“ von Nyberg (1990) basieren beide auf „Mayeroff’s philosophy“, welche *caring* als essentielles Konzept für den Wachstum der PatientInnen in der Pflege ansieht. Hind (1988) bezieht sich in ihrem Erhebungsinstrument „Caring Behaviors of Nurses Scale“ auf die „Paterson and Zderad’s humanistic nursing theory“ und geht dabei von einer pflegerischen Verantwortung aus, welche auf Wohlbefinden abzielt. Die „Caring Professional Scale“ von Swanson (2000) basiert auf der von ihr entwickelten Theorie „Swanson’s caring theory“ und versteht *caring* als Prozess, welcher Überzeugungen und Wissen der Pflegeperson beinhaltet. Quinn et al. (2003) beziehen sich in ihrem Messinstrument „Nurse-Patient Relationship Questionnaire“ nicht nur auf „Halldorsdottir’s caring research“, sondern auch auf „Watson’s caring Theory“ und nehmen daher eine sehr philosophische Haltung ein. Die „Relational Caring

Questionnaires”, welche von Ray & Turkel (2001) entwickelt wurden, basieren ebenso auf deren Theorie “Turkel and Ray’s relational caring complexity theory” und beleuchten die *caring*-Beziehung als einen selbstorganisierten Prozess, der *caring* und wirtschaftliche Aspekte beinhaltet. Die von Goff (2002) entwickelte “Family Caring Inventory” bezieht sich auf eine Kombination von Familien- und *caring*-Theorien und beruht weiters auf einer Konzeptanalyse von *caring* (Watson, 2009).

Die meisten *caring*-Messinstrumente zeigen einen konkreten Bezug zu „Watson’s Theory of human caring and/or the 10 carative factors“ auf¹.

Innerhalb der Erhebungsinstrumente wird *caring* häufig als eine Handlung bzw. therapeutische Intervention beschrieben, welche patientenorientiert ist und das Wohlbefinden der PatientInnen fördern soll. Die Instrumente wurden mit unterschiedlichsten Zielsetzungen entwickelt und zielen darauf ab, entweder das *caring*-Verhalten oder die Zufriedenheit mit dem *caring*-Verhalten zu messen. Weiters zeigen die *caring*-Messinstrumente unterschiedliche *Relevanzen* auf, die sich wie folgt unterteilen lassen (Watson, 2009):

- *Atmosphäre und Klima für caring*
(Peer Group Caring Interaction Scale, Hughes, 1993; Organisational Climate for Caring Questionnaire, Hughes, 1998; Relational Caring Questionnaires, Ray & Turkel, 2001)
- *Pädagogische Relevanz*
(Peer Group Caring Interaction Scale, Hughes, 1998; CAT-edu, Duffy, 2007; Caring Efficacy Scale, Coates, 1996)
- *Meist getestet und praxiserprobt*
(CARE-Q and Modified CARE-Q, Larson, 1984; Caring Behaviors Assessment Tool, Cronin & Harrison, 1988; Caring Assessment Tools, Duffy, 2002; Caring Attributes, Professional Self-Concept, and Technological Influences Scale,

¹Caring Behaviors Inventory (Wolf, 1986)
- Caring Behaviors Assessment Tool (Cronin & Harrison, 1988)
- Nyberg Caring Assessment Scale (Nyberg, 1990)
- CAT, CAT-admin, and CAT-edu (Duffy, 1992, 2002; Duffy, Hoskins & Seifert, 2007)
- Caring Efficacy Scale (Coates, 1996, 1997)
- Caring Nurse-Patient Interactions Scale (Cossette, Côté, Pepin, Ricard, & D’Aoust, 2006)
- Caring behaviors Inventory-Short Form (Wu, Larrabee, & Putnam, 2006)
- Caring Factor Survey (Nelson, Watson & InovaHealth, 2008; Chapter 25)

Arthur et al., 1999; Caring Professional Scale, Swanson, 2000; Methodist Health Care System Nurse Caring Instrument, Shepherd & Sherwood, 2000; Caring Factor Survey, Nelson, Watson & Inova Health, 2008)

- *Verwaltungsebene (Management):*

(Nyberg Caring Assessment Scale, Nyberg, 1990; CAT-admin, Duffy, 2007; Organizational Climate for Caring Questionnaire, Hughes, 1993; Relational Caring Questionnaires, Ray & Turkel, 2001)

Es lässt sich erkennen, dass der Anwendungsbereich der Instrumente sehr unterschiedlich ist und sich der Einsatz von der Kurzzeit-/ bis zur Langzeitpflege erstreckt. Einige der Instrumente befinden sich noch in der Entwicklungsphase, oder wurden lediglich entwickelt und fanden noch keinen Einsatz im Feld. Die Zielgruppen und deren Stichprobengrößen sind dabei sehr unterschiedlich und reichen von PatientInnen, Familienmitglieder (Angehörige), Pflegepersonen bis zu Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen (Watson, 2009).

Da es noch immer keinen einheitlichen Konsens über die Definition von *caring* gibt, wird die Messung dieses Phänomen immer noch als problematisch und herausfordernd bewertet (Beck, 1999).

Die untenstehende **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** bietet einen komprimierten Überblick der verfügbaren quantitativen *caring*-Messinstrumente (Watson, 2009) - eine genauere Beschreibung dieser ist dem Anhang zu entnehmen (siehe 103).

Name des Instruments + Abkürzung	Autor(en)	Verständnis von <i>caring</i>	Was testet die Skala?	Einsatz
Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort (CARE – Q)	LARSON (1984)	Nurse <i>caring</i> : "intent is to create a subjective sense of feeling cared for the patient " Das Gefühl 'umsorgt zu werden' erzeugt beim Patienten ein Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit	<i>caring</i> -Verhalten (wichtig wahrgenommene <i>caring</i> -Handlungen) Befragte Personen: PatientInnen und PP	-psychiatrische PatientInnen und Pflegepersonen - Pflegeheim - Herzstationen - Rehabilitation - Hauskrankenpflege - Onkologie - Krankenpflegeschüler
Care Satisfaction Questionnaire (CARE/SAT)	LARSON & FERKETICH (1993)	Bewusste Handlungen, die körperliche Pflege und emotionale Anliegen miteinander verbinden und ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit der anderen Person fördern	Zufriedenheit mit dem <i>caring</i> -Verhalten („satisfactory with <i>caring</i> behaviours“) Befragte Personen: PatientInnen	Durch die Verwendung des Instruments, mittels Befragung von 26 Stationschwwestern, konnte Andrews et al. (1996) die fünf höchst bzw. niedrigst gereihten <i>caring</i> -Handlungen ermitteln.
Caring Behaviours of Nurses Scale (CBNS)	HINDS (1988)	<i>Caring</i> -Verhalten ist die Verbindung zielgerichteter Pflegehandlungen und Haltungen, die darauf abzielen, -unnötige Beschwerden (Schmerzen) zu lindern und voraussichtliche Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen - das Interesse/Anliegen für das Wohlergehen des Patienten zu vermitteln - mit dem Patienten zu kommunizieren und ihm fachliche Kompetenz zu vermitteln	<i>caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen	Keine Angabe im Artikel
Caring Behaviour Checklist (CBC)	McDANIEL (1990)	<i>Caring</i> ist der Einsatz eigener Ressourcen für eine andere Person, um dessen Wohlbefinden zu fördern.	<i>caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviours) An- bzw. Abwesenheit von spezifischen Handlungen	Kein Einsatz des Instruments in einer Studie
Client Perception of Caring Scale (CPCS)	McDANIEL (1990)	<i>Caring</i> ist der Einsatz eigener Ressourcen für eine andere Person, um dessen Wohlbefinden zu fördern.	Reaktion der PatientInnen auf die " <i>caring</i> behaviours" Befragte Personen: PatientInnen	Kein Einsatz des Instruments in einer Studie
Caring Behaviours Assessment Tool (CBA)	CRONIN & HARRISON (1988)	<i>Caring</i> ist ein Prozess, in welchem die PP Verantwortung für einen anderen übernimmt, seine Gefühle wahrnimmt und ihn gesondert von der Allgemeinheit betrachtet	<i>Caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen	Messung des <i>caring</i> -Verhaltens bei 19 chirurgischen PatientInnen bzw. 46 Aids /HIV-erkrankten Erwachsenen
Caring Behaviours Inventory (CBI)	WOLF et al. (1994)	Nurse <i>caring</i> ist ein interaktiver/intersubjektiver Prozess, der in Momenten der gemeinsamen Verletzlichkeit zwischen PP und Patienten auftritt – dies kann sowohl selbst- als auch fremdgesteuert sein	<i>Caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen und PP	Andrews et al. (1996): 26 Stationschwwestern

Name des Instruments + Abkürzung	Autor(en)	Verständnis von <i>caring</i>	Was testet die Skala?	Einsatz
Caring Dimension Inventory (CDI)	WATSON & LEA (1997)	„no specific one identified“	<i>Caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen:PP	Keine Anwendung des CDI bei anderen Studien
Holistic Caring Inventory (HCI)	LATHAM (1988)	<i>Caring</i> basiert auf dem „Humanistic <i>caring</i> Model“ <i>caring</i> berücksichtigt Wahrnehmungseinflüsse (Bedürfnis des Patienten nach kognitiver Verhaltenskontrolle und nach Niveau der Selbstachtung)	<i>Caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen	Instrument HCI kam in 2 Studien zum Einsatz. Latham (1996) und Williams (1997)
Caring Ability Inventory (CAI)	NKONGHO (1990)	„ <i>Caring Ability</i> “:Basiert auf Mayeroff´s Definition von <i>caring</i> und beschreibt es als die Fähigkeit einem anderen bei seinem Wachstum und seiner Verwirklichung zu unterstützen. Es ist ein Prozess, ein gemeinsamer Weg, welcher Entwicklung miteinschließt.	Das Vermögen/die Fähigkeit der PP für einen Anderen zu sorgen („ability to care“)	Anwendung durch Simmons & Cavanauh (1996): 350 „senior baccalaureate nursing students“
Caring Attributes Scale (CAS)	NYBERG (1990)	Wird nach Mayeroff´s, Noddings und Watson´s Verständnis von <i>caring</i> definiert.	<i>Caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviour) Befragte Personen: PP	26 "nurse administrators"
Professional Caring Behaviors	HORNER (1989)	Keine Angabe	<i>Caring</i> -Verhalten von Pflegepersonen (perceptions) Befragte Personen: PatientInnen	356 PatientInnen
Caring Assessment Tools and the CAT-admin	DUFFY (2007)	Keine Angabe Theoretischer Bezug: Watson´s theory of human <i>caring</i>	<i>Caring</i> -Verhalten von Pflegepersonen Befragte Personen: PatientInnen Weiterentwickeltes Instrumente: Caring Assessment Tool-admin (1993): <i>Caring</i> Verhalten von Pflegepersonen Befragte Personen: Pflegepersonen; Caring Assessment Tool-edu (1998): <i>Caring</i> Verhalten aus der Sicht von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	557 PatientInnen im Krankenhaus (Akut); 1850 Pflegepersonen eines Krankenhauses; 86 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen
Peer Group Caring Interaction Scale and Organizational Climate for Caring Questionnaire	HUGHES (1993)	Keine Angabe	Atmosphäre für <i>caring</i> Befragte Personen: Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen

Name des Instruments + Abkürzung	Autor(en)	Verständnis von <i>caring</i>	Was testet die Skala?	Einsatz
Caring Efficacy Scale	COATES (1995, 1997, 1999)	Keine Angabe	Individuelle Überzeugung in die eigene Fähigkeit eine <i>caring</i> -Orientierung auszudrücken und eine <i>caring</i> Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen Befragte Personen: Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen, LehrerInnen, SupervisorInnen, StudentInnen und WissenschaftlerInnen	Anwendung durch Coates (1997) bei Pflegepersonen und durch Sadler (2003) bei Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen
Caring Attributes, Professional Self-Concept, and Technological Influences Scale	WATSON & LEA/HOOG BRUIN (1997)	Verstehen <i>caring</i> als Konzept	Verständnis von <i>caring</i> Befragte Personen: Pflegepersonen (große Stichprobe)	Einsatz durch Watson bei 1452 Pflegepersonen und Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen
Caring Attributes, Professional Self-Concept, and Technological Influences Scale	ARTHUR et al. (1998, 1999)	Items repräsentieren theoretische, praktische und pädagogische Perspektiven von <i>caring</i>	Konstrukt von <i>caring</i> (international) Befragte Personen: Pflegepersonen	Einsatz durch Arthur bei 1957 Pflegepersonen in 11 Ländern
Caring Professional Scale	SWANSON (2000)	„a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility“ (Swanson, 1991, 162)	Bewertung durch die PatientInnen, wie die pflegerische Beziehung vom medizinischen Personal praktiziert wird	185 Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben
Methodist Health Care System Nurse Caring Instrument	SHEPHERD, SHERWOOD et al. (1999, 2000)	Definieren <i>caring</i> als einen Schlüsselindikator	Zufriedenheit der PatientInnen mit <i>caring</i> . Befragte Personen: PatientInnen und Pflegepersonen	Originale Version: 200 Pflegepersonen und 21 PatientInnen; überarbeitete Version: 369 PatientInnen
Relational Caring Questionnaires	RAY & TURKEL (2000, 2005, 2007)	Keine Angabe	Ausprägung von <i>caring</i> zwischen Pflegepersonen, PatientInnen und Verwaltungspersonal im Krankenhaus Befragte Personen: Pflegepersonen, PatientInnen und Verwaltungspersonal	Einsatz im Krankenhaus bei PatientInnen und Pflegepersonen
Family Caring Inventory	GOFF (2002)	<i>Caring</i> als Kern oder Schlüsselfaktor für ein gesundes funktionierendes Familienleben (besonders in stressigen Lebenssituationen)	<i>Caring</i> innerhalb von Familien (elterliche Sichtweise) Befragte Personen: Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	200 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen

Name des Instruments + Abkürzung	Autor(en)	Verständnis von <i>caring</i>	Was testet die Skala?	Einsatz
Nurse-Patient Relationship Questionnaire	QUINN, SMITH, RITENBAUGH, SWANSON & WATSON (2003)	Keine Angabe	Qualität von <i>caring</i> in der pflegerischen Beziehung (PatientInnen und Pflegepersonen)	Keine Angabe
Caring Behaviors Inventory-Short Form	WU, LARRABEE & PUTMAN (2006)	Keine Angabe	Misst <i>caring</i> - Einstellung und Handlung/Aktivität im Pflegeprozess Befragte Personen: PatientInnen und Pflegepersonen	Jahr 2000: 362 PatientInnen und 90 Pflegepersonen eines Krankenhauses Jahr 2004: 64 PatientInnen und 42 Pflegepersonen eines Krankenhauses
Caring Nurse-Patient Interactions Scale	COSSETTE & PEPIN (2005)	Keine konkrete Angabe; <i>Caring</i> wird durch die 10 nursing carative factors beschrieben	Verständnis über die Wichtigkeit von <i>caring</i> aus Sicht von PatientInnen, Familien oder Pflegepersonen	332 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen
Caring Factor Survey	NELSON; WATSON & INOVAHEALTH (2006,2008)	Basiert auf Watson´s Sichtweise von <i>caring</i>	Caritas Processes wahrgenommen durch PatientInnen oder Familienmitglieder (Beziehung zwischen <i>caring</i> and allgemeiner Liebe)	Jahre 2006-2007: 486 PatientInnen in 3 unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens und 79 Familienmitglieder in einem Krankenhaus

Tabelle 1: *Caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258)

2.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN

Trotz dieses ausgeprägten und umfassenden Forschungsstandes und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der *caring* Thematik lässt sich eine Forschungslücke feststellen, auf die auch Rchaidia et al. (2009) hinweisen. Es wird daher empfohlen, sich auf dem Gebiet „guter Pflege“ aus der Sicht von onkologischen PatientInnen zu vertiefen, um die Sichtweise dieser PatientInnengruppe weitergehend zu präzisieren (Rchaidia et al., 2009).

Obwohl eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit *caring* bereits seit einigen Jahrzehnten in der pflegewissenschaftlichen Literatur stattfindet, lassen sich keine Studien dieses Konzeptes in Verbindung mit onkologisch erkrankten Menschen in jener Setting-Konstellation (postoperativ, behandlungszentriert und palliativ) finden. Ausgehend von dieser Tatsache entwickelten sich das Interesse und auch die Notwendigkeit sich dieser Zielgruppe anzunehmen und dies aus wissenschaftlicher Perspektive zu beleuchten. Um Prioritäten von *caring*-Bedürfnissen zu erheben und in weiterer Folge kausale Zusammenhänge und Beziehungen von identifizierten *caring*-Prioritäten von onkologisch erkrankten Menschen im postoperativen, behandlungszentrierten und palliativen Setting aufzuzeigen, ergab sich ein quantitatives Vorgehen.

Nach einer Beleuchtung und Analyse der verfügbaren Messinstrumente fiel die Entscheidung zur Erhebung der Prioritäten von *caring*-Bedürfnissen auf den praxiserprobten Fragebogen „*Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort*“ (CARE-Q) von Larson (1984).

II. EMPIRISCHER TEIL

3 STUDIENDESIGN

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen wurde eine quantitative, deskriptive Querschnittstudie durchgeführt.

Querschnittstudien charakterisieren sich dadurch, dass die Daten einer Stichprobe nur zu einem Zeitpunkt gesammelt werden. Man erhält damit eine Aussage über einen bestimmten Ist-Zustand zu einem Zeitpunkt. Mittels deskriptiver Studien können somit bestimmte Phänomene beschrieben und (in diesem Fall) auch quantifiziert werden (Mayer, 2011).

Für die Studie wurde dieses Design gewählt, da man ein verbessertes Verständnis bzw. eine Wissenserweiterung um die Prioritäten von *caring*-Bedürfnissen onkologisch erkrankter Menschen in drei unterschiedlichen Settings erlangen wollte und Vergleiche innerhalb der Settings und anhand der soziodemographischen Variablen anstellen wollte.

3.1 MESSINSTRUMENT

Als Methode wurde eine mündliche, standardisierte und strukturierte Befragung ausgewählt, in welcher das adaptierte quantitative Messinstrument „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“ (CARE-Q) von Larson (1984) als Grundlage zur Erhebung von Prioritäten der *caring*-Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen in drei unterschiedlichen Settings (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) herangezogen wurde. Diese wurde in weiterer Folge aufgrund unterschiedlichster Veranlassungen adaptiert und angepasst.

3.1.1 AUSGANGSLAGE ERHEBUNGSINSTRUMENT

Die Entwicklung der CARE-Q (Watson, 2009) basiert auf einer Delphi-Studie (1984), in welcher die Vorstellung von *caring*-Verhalten aus der Sicht von Pflegepersonen und PatientInnen erhoben wurde. Hierbei handelt es sich um das erste quantitative „*caring*-Messinstrument“, welches in der pflegewissenschaftlichen Literatur zitiert wurde. Der originale „Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort“ wurde von Larson (1984) entwickelt, um die wichtigsten *caring*-Verhaltensweisen von

Pflegepersonen zu identifizieren, welche von PatientInnen wahrgenommen wurden. Das Verständnis von *caring* in der CARE-Q wird als „subjektives Gefühl“ der Pflegepersonen verstanden, welches den PatientInnen Wohlbefinden und Sicherheit vermittelt. Diese Definition beinhaltet nicht nur den physischen, sondern inkludiert auch den psychischen Part der pflegerischen Beziehung und wurde daher als treffend und passend empfunden. Der Umfang und die Sinnhaftigkeit des Instrumentes sind sehr umfassend, da bei der Entwicklung die Sichtweisen von PatientInnen und Pflegepersonen bezogen auf das Phänomen *caring* berücksichtigt wurden. Zusätzlich fokussierte man sich bei der Entwicklung der CARE-Q speziell auf die Bedürfnisse und Annahmen des *caring*-Konzeptes von onkologisch erkrankten Menschen. Bezogen auf die genannten Aspekte ergaben sich bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes durch Larson (1984) 69 Items (Aussagen) „nurse caring behaviors“, welche in einem weiteren Schritt auf 50 Items reduziert und anschließend einzeln auf Kärtchen niedergeschrieben wurden. Im Anschluss daran wurden die 50 Items in sechs *caring*-Dimensionen unterteilt: Verfügbarkeit („is accessible“, 6 Items); Wohlbefinden („comforts“, 9 Items); Vorausschauen („anticipates“, 5 Items); vertrauensvolle Beziehung („develops a trusting relationship“, 16 Items); fachliche Sicherheit („monitors and follows through“, 8 Items); Information und Förderung (explains and facilitates“, 6 Items) (Larson zitiert nach Watson, 2009).

Der Fragebogen unterlag im Laufe der Zeit einer ständigen Weiterentwicklung, auch Larson & Ferketich (1993) veränderten das originale Erhebungsinstrument zur „Caring Satisfaction Questionnaire“ (CARE/SAT), um in einem weiteren Schritt die Zufriedenheit der PatientInnen mit der erhaltenen Pflege zu messen. Dabei wurden die 50 Items des originalen Erhebungsinstrumentes auf 29 Items reduziert. Ebenso modifizierten Lee, Larson und Holzemer (2006) die CARE-Q Scale und änderten die Antwortmöglichkeiten auf eine Sieben-Punkt-Likert-Skala ab. Diese wiederum misst die von PatientInnen wahrgenommene Häufigkeit des entgegengebrachten *caring*-Verhaltens durch das Pflegepersonal (Larson zitiert nach Watson, 2009).

Das Vorgehen bei der Messung basiert auf der Q-Sort Methode und dient zur Identifizierung der wichtigsten *caring*-Bedürfnisse von PatientInnen. Die Q-Methode wurde erstmals in den 1930er Jahren vom amerikanischen Wissenschaftler „William Stephenson“ erwähnt und ist gegenwärtig hauptsächlich im angloamerikanischen

Raum vertreten. In den deutschsprachigen Ländern kann der Einsatz dieser speziellen Methode kaum festgemacht werden (Müller et al., 2004). Die Q-Sort Technik beschreibt ein Erhebungsverfahren, bei dem ein Q-Set anhand einer Skala (z.B. „sehr wichtig“ bis „gar nicht wichtig“) nach bestimmter Anordnungen in eine Rangreihung gebracht werden soll. Bei einem Q-Set handelt es sich um ein Set, welches aus einzelnen Statements besteht (z.B. Kärtchen mit *caring*-Bedürfnissen). Bei der Erhebung selbst geht es darum, dass die Antwortstruktur in einem Prozess von den ProbandInnen selbst entwickelt wird. Dabei kann zwischen einem erzwungenen und einem nicht erzwungenen Verteilungsverfahren unterschieden werden. (Müller et al., 2004)

Sinn und Zweck dieser speziellen Methode ist es, die PatientInnen dahingehend zu führen, sich bewusst zu entscheiden, um somit eine Priorisierung der *caring*-Bedürfnisse zu erhalten. Würde man den befragten Personen keine Zuordnungseinschränkung vorgeben, so würden diese sehr viele Kärtchen der Kategorie „sehr wichtig“ bzw. „eher wichtig“ zuordnen und dadurch würden sich keine aussagekräftigen Ergebnisse erzielen lassen (von Essen & Sjoden, 1991b). So beschreibt auch Haupt (2004), dass der Vorteil einer Befragung, welche auf der Q-Sort Methode basiert eine gewisse Sicherheit vor Verfälschungen durch die ProbandInnen gewährleistet vor allem dort, wo soziale Erwünschtheit eine zentrale Position einnimmt. Außerdem kann ein zu homogenes Antwortverhalten vermieden werden (Haupt, 2004).

Verglichen mit den anderen *caring*-Erhebungsinstrumenten weist die CARE-Q einen starken Praxiseinsatz (besonders im onkologischen Bereich) auf und wird weiters als gut erprobtes (getestetes) Instrument klassifiziert. Die Literatur zeigt die wiederholte Anwendung in der Praxis in unterschiedlichsten Bereichen mit verschiedensten PatientInnengruppen (Holroyd, Yuekuen, Sauwai, Fungshan, Wai-wan, 1998; Larson, 1984, 1986, 1987; Mayer, 1987; Komorita, Doehring, Hirschert, 1991; Mangold, 1991; von Essen & Sjoden, 1991; Rosenthal, 1992; von Essen, 1993; Smith, 1997; Larson & Ferketich, 1993; Lee, Larson, Holzemer, 2006).

3.1.2 ADAPTION DES ERHEBUNGSINSTRUMENTES

Der Fragebogen wurde in einer Fachexpertinnengruppe² mithilfe einer „native Speakerin“ übersetzt. Im Anschluss darauf wurde dieser einer Inhaltsvaliditätstestung durch dieselben Expertinnen unterzogen. Aufgrund der im Plenum entstandenen thematischen Diskussion und den daraus folgenden Erkenntnissen wurden beim Erhebungsinstrument hinsichtlich Verständlichkeit, Klarheit und genderbezogenen Aspekten geringe sprachliche Veränderungen vorgenommen. Weiters wurde eine Anpassung der Items an den europäischen Raum durchgeführt.

Nach einem ersten Entwurf des Erhebungsinstrumentes fand am 17.02.2010 ein Vortest zur Erprobung des Instrumentes auf der Tagesbettenstation der Onkologie des Krankenhauses Hietzing statt. Die strukturierte Befragung wurde von zwei ForscherInnen des Institutes für Pflegewissenschaft durchgeführt. Die Aufklärung und die Aushändigung des Informationsblattes erfolgten ebenfalls durch diese. Die 50 *caring*-Kärtchen wurden ausgehändigt und die PatientInnen sollten diese einer der sieben Antwortkategorien zuordnen. Für die Antwortkategorien wurden sieben Boxen verwendet, die beschriftet wurden und in welche die PatientInnen die 50 *caring*-Kärtchen einordnen sollten. Die Zuordnung der 50 Kärtchen musste jedoch unter Berücksichtigung der Q-Sort Methode ausgeführt werden – so durften die einzelnen Antwortboxen nur folgende Kärtchenanzahl beinhalten:

- „am wichtigsten“ (1)
- „sehr wichtig“ (4)
- „eher wichtig“ (10)
- „teils teils“ (20)
- „eher unwichtig“ (10)
- „sehr unwichtig“ (4)
- „am unwichtigsten“ (1)

²Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer (Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft und Betreuerin der vorliegenden Diplomarbeit); Mag. Bettina Hojdelewicz (Pflegewissenschaftlerin); Mag. Helag Zellhofer (Pflegewissenschaftlerin); Dipl. Ing. Adéle Jibidar (native Speakerin); Mag. Martina Maria Koller (Statistikerin), Eva Zojer (Studentin der Pflegewissenschaft)

Insgesamt wurden 4 PatientInnen in den Vortest eingeschlossen. Dabei handelte es sich um zwei Frauen und zwei Männer. Bei der Befragung ließ sich erkennen, dass das Erhebungsinstrument zu viele Items (50 Items) beinhaltete, die PatientInnen sich überfordert fühlten und somit die Bereitschaft, an der Befragung teilzunehmen, verloren ging. Auch erwiesen sich die sieben Antwortkategorien (Antwortboxen) für die PatientInnen als verwirrend und zu komplex. Die angeführten Anmerkungen seitens der teilnehmenden ProbandInnen am Vortest waren schließlich ausschlaggebende Gründe, um sowohl die Itemzahl des Erhebungsinstrumentes als auch die Zahl der Antwortkategorien zu minimieren. Das Protokoll zum Vortest kann dem Anhang entnommen werden (vgl. Seite 120).

Da die Itemzahl des originalen CARE-Q zu hoch war und infolgedessen die Zuordnung dieser für die vulnerable Zielgruppe ein zu großes Hindernis darstellte, wurde die gekürzte Version der originalen CARE-Q verwendet. Dabei handelt es sich um die bereits erwähnte CARE/SAT (Larson & Ferketich, 1993), genauer gesagt um die darin enthaltenen und reduzierten 29 Items, welche zusätzlich auf Ähnlichkeit, Relevanz für Österreich und onkologisch erkrankte PatientInnen überprüft und gegebenenfalls (inhaltlich) abgeändert wurden.

Somit wurden die 29 *caring*-Items unter Beibehaltung der sechs originalen *caring*-Dimensionen beibehalten.

Auch die Antwortkategorien wurden aufgrund der einfacheren Zuordnung (siehe Vortest) durch die befragten Personen auf eine 5-Punkt-Likert Skalierung (fünf beschriftete Antwortboxen) unter Berücksichtigung der Q-Sort Methode abgeändert. Dadurch ergaben sich für die vorliegende Erhebung folgende Antwortkategorien, in welche nur eine begrenzte Anzahl von Kärtchen (in Klammer stehend) eingeordnet werden durfte:

- „sehr wichtig“ (2)
- „eher wichtig“ (6)
- „teils teils“ (13)
- „eher unwichtig“ (6)
- „unwichtig“ (2)

Zusätzlich wurde zum Erhebungsbogen eine Einverständniserklärung und soziodemographische Variablen (welche aufgrund der Forschungsfragen vorab festgelegt wurden) hinzugefügt.

Die unten angefügte Tabelle soll über den Adaptionprozess des eingesetzten Erhebungsinstrument Aufschluss geben und den Entwicklungsprozess ausgehend von der originalen CARE-Q (50 Items) und der gekürzten Version der CARE-Q – der CARE/SAT (29 Items) bis zum verwendeten Erhebungsinstrument (29 Items) präsentieren (vgl. Tabelle 2).

	Originale CARE-Q (Larson, 1984)	Gekürzte CARE-Q (CARE/SAT) (Larson, Ferketich, 1993)	CARE-Q modifizierte Version (Institut für Pflegewissenschaft-Uni Wien, 2010)
Item	Damit Sie sich umsorgt fühlen, wie wichtig ist Ihnen, dass die Pflegeperson...	Die Pflegepersonen haben während der letzten Woche...	Damit Sie sich umsorgt fühlen, wie wichtig ist Ihnen, dass die Pflegeperson...
1	...regelmäßig von sich aus auf Sie zugeht, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.)	...mir unterstützende Maßnahmen angeboten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen) und sind von sich aus regelmäßig auf mich zugegangen	1 ...regelmäßig von sich aus auf Sie zugeht, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.)
2	...freiwillig Kleinigkeiten für Sie übernimmt (beispielsweise das Bringen von einer Tasse Kaffee, Zeitung)		
3	...eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen veranlasst	21 ...die Verabreichung der Behandlungen zeitgerecht veranlasst	21 ...eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen veranlasst
4	...regelmäßig nach Ihnen sieht	20 ...regelmäßig nach mir gesehen	20 ...regelmäßig nach Ihnen sieht
5	...rasch auf Ihr „Läuten“ reagiert	4 ...rasch auf mein „Läuten“ reagiert	4 ...rasch auf Ihr „Läuten“ reagiert
6	...Sie dazu ermutigt zu läuten, wenn Sie ein Problem haben	3 ... mich ermutigt zu läuten, wenn ich Probleme hatte	3 ...Sie dazu ermutigt zu läuten, wenn Sie ein Problem haben
7	...Sie über verfügbare Unterstützungsangebote informiert (z.B. Selbsthilfegruppen)	1 ... über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten informiert (z.B. Selbsthilfegruppen)	1 ...Sie über verfügbare Unterstützungsangebote informiert (z.B. Selbsthilfegruppen)
8	...Ihnen angemessene Information bietet, damit Sie sich nicht unwissend fühlen	5 ...angemessene Information geboten, damit ich mich nicht unwissend fühlte	5 ...Ihnen angemessene Information bietet, damit Sie sich nicht unwissend fühlen
9	...Sie in verständlicher Sprache über wichtige Aspekte informiert (Pflege, Behandlung, Erkrankung)	19 ... alles was in Zusammenhang mit meiner Pflege wichtig ist erklärt	19 ...Ihnen alles was in Zusammenhang mit Ihrer Pflege wichtig ist erklärt
10	... Sie anleitet, wie Sie sich selbst versorgen können, wenn Ihnen dies möglich ist	11 ... angeleitet, wie ich mich selbst versorgen kann, wenn mir dies möglich war	11 ... Sie anleitet, wie Sie sich selbst versorgen können, wenn Ihnen dies möglich ist
11	...Ihnen hilft die Fragen, welche Sie Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten	16 ... geholfen Fragen, welche ich meinem/meiner Arzt/Ärztin stellen wollte, vorzubereiten	16 ...Ihnen hilft die Fragen, welche Sie Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten
12	...Ihren Gesundheitszustand betreffend ehrlich ist		

	Originale CARE-Q (Larson, 1984)	Gekürzte CARE-Q (CARE/SAT) (Larson, Ferketich, 1993)	CARE-Q modifizierte Version (Institut für Pflegewissenschaft-Uni Wien, 2010)
13	...Ihnen Bedingungen schafft, dass Sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelastigung)	2 ...Bedingungen geschafft, dass ich mich wohl fühlte (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelastigung)	2 ...Ihnen Bedingungen schafft, dass Sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelastigung)
14	... Sie unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen	10 ...mich unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen	10 ... Sie unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen
15	...auch wenn Sie gerade keinen „guten Tag“ haben geduldig ist		
16	...„herzlich“ ist		
17	...sich zu Ihnen setzt		
18	...Sie berührt, wenn es wohltuend für Sie ist		
19	...Ihnen zuhört		
20	...mit Ihnen spricht		
21	...Ihre Familie oder andere für Sie wichtige Personen in die Pflege mit einschließt		
22	...bewusst wahrnimmt, dass die Nächte oftmals die „schwierigste Zeit“ sein können		
23	...weiß, wann belastende Situationen eintreten können und auf diese zeitgerecht reagiert	12 ...gewusst, wann belastende Situationen eintraten und reagierten auf diese zeitgerecht	12 ...weiß, wann belastende Situationen eintreten können und auf diese zeitgerecht reagiert
24	...weiß, wann es für Sie „zu viel“ wird und dementsprechend handelt (z.B. Terminänderung von Untersuchungen, bewusste Auswahl von Besuchern, Schutz der Privatsphäre)	18 ...meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen	18 ...meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen hat
25	...Ihre Bedürfnisse wahrnimmt und möglichen eintretenden Problemen vorbeugt		
26	...weiß, dass die „erste Zeit“ oftmals am Härtesten ist und während dieser Zeit besonders aufmerksam ist		
27	...wenn sie bei Ihnen ist ihre volle Aufmerksamkeit auf Sie richtet		
28	...Ihnen nicht nur in kritischen Phasen Aufmerksamkeit schenkt		

	Originale CARE-Q (Larson, 1984)	Gekürzte CARE-Q (CARE/SAT) (Larson, Ferketich, 1993)	CARE-Q modifizierte Version (Institut für Pflegewissenschaft-Uni Wien, 2010)
29	...Ihnen Ihren Zustand entsprechend eine Auswahl von Zeitpunkten anbietet (beispielsweise durch die Anpassung von Untersuchungsterminen, Therapie, pflegerische Maßnahmen)		
30	...Sie beim Festlegen Ihrer individuellen Ziele unterstützt	...mich beim Festlegen meiner individuellen Ziele unterstützt	...Sie beim Festlegen Ihrer individuellen Ziele unterstützt
31	...herausfindet, wann es am Besten ist, um mit Ihnen über Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes zu sprechen		
32	...überprüft, ob dass was sie an Bedürfnissen der PatientInnen wahrgenommen mit Ihren Bedürfnissen tatsächlich übereinstimmt		
33	...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung hilft	29 ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung geholfen	29 ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung hilft
34	...erkennt, dass Sie selbst wissen was für Sie am wohlthuendsten ist und Sie, wann immer dies auch möglich ist, in die Planung Ihrer Pflege miteinschließt		
35	...Sie bestärkt Fragen zu stellen	22 ... mich bestärkt Fragen zu stellen	22 ...Sie bestärkt Fragen zu stellen
36	...den Patienten die höchste Priorität einräumt	13 ...mir die höchste Priorität eingeräumt	13 ...den Patienten die höchste Priorität einräumt egal was sonst passiert
37	...liebenswert und freundlich zu Ihrer Familie und zu anderen für Sie wichtigen Personen ist	9 ...mir und meiner Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt	9 ...Ihnen und Ihrer Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt
38	...es mir ermöglicht, dass Sie über Ihre Gefühle bezogen auf Ihre Erkrankung sprechen können	6 ... es mir ermöglicht über meine Gefühle bezogen auf meine Erkrankung gesprochen	6 ...es ermöglicht, dass Sie über Ihre Gefühle bezogen auf Ihre Erkrankung sprechen können
39	...Sie fragt, wie Sie angesprochen werden möchten		
40	...mit Ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll umgeht	26 ... einen gleich bleibenden und respektvollen Umgang mit mir gepflegt	26 ...mit Ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll umgeht

	Originale CARE-Q (Larson, 1984)	Gekürzte CARE-Q (CARE/SAT) (Larson, Ferketich, 1993)	CARE-Q modifizierte Version (Institut für Pflegewissenschaft-Uni Wien, 2010)
41	...Sie als Mensch in Ihrer Einzigartigkeit wahrnimmt	27 ...mich als Mensch in meiner Einzigartigkeit wahrgenommen	27 ...Sie als Mensch in Ihrer Einzigartigkeit wahrnimmt
42	...sich Ihnen vorstellt und Sie darüber informiert, welche Rolle sie im Rahmen Ihrer Pflege übernimmt		
43	...professionell im Auftreten und Erscheinungsbild ist (angemessene Kleidung, Namensschild etc.)	23 ... im Auftreten und Erscheinungsbild professionell auf mich gewirkt (angemessene Kleidung, Namensschild etc.)	23 ...professionell im Auftreten und Erscheinungsbild ist (angemessene Kleidung, Namensschild etc.)
44	...eine Terminplanung erstellt, die für Ihren Zustand und Ihre Situation angemessen ist (z.B. Untersuchungen, Therapien, pflegerische Maßnahmen)		
45	...gut organisiert ist	25 ... gut organisiert gewirkt	25 ...gut organisiert ist
46	...sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften ist	24 ...in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften sicher gewirkt	24 ...sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften ist
47	...gelassen ist	7 ... gelassen gewirkt	7 ...gelassen ist
48	...Ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lässt	15 ... meinen Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lassen	15 ...Ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lässt
49	...sicherstellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie Ihre individuelle Pflege zu gestalten ist	14 ...sicher gestellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie meine individuelle Pflege zu gestalten war	14 ...sicherstellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie Ihre individuelle Pflege zu gestalten ist
50	...weiß, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen	8 ...gewusst, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen	8 ...weiß, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen

Tabelle 2: Adaptionsprozess des Erhebungsinstrumentes (Originale CARE-Q / gekürzte und modifizierte Version / eingesetztes Erhebungsinstrument)

3.1.3 ERGEBNIS DER FRAGEBOGENADAPTIERUNG

Das Ergebnis der Fragebogenadaptierung bildet somit ein Katalog von 29 Items unter Beibehaltung der sechs Dimensionen der *caring*-Bedürfnisse des originalen Fragebogens. Die unten stehende Tabelle zeigt die sechs *caring*-Dimensionen mit den 29 Items.

<i>Damit Sie sich umsorgt fühlen, wie wichtig ist Ihnen, dass die Pflegeperson...</i>	
Verfügbarkeit („accessible“)	<ul style="list-style-type: none"> ...regelmäßig von sich aus auf Sie zugeht, um z.B. unterstützende Maßnahmen anzubieten (Schmerzmittelmedikation, Einreibungen etc.). ... eine zeitgerechte Verabreichung der Behandlungen veranlasst. ... regelmäßig nach Ihnen sieht. ... rasch auf Ihr „Läuten“ reagiert. ... Sie dazu ermutigt zu läuten, wenn Sie ein Problem haben.
Information und Förderung („explains and facilitates“)	<ul style="list-style-type: none"> ... Sie über verfügbare Unterstützungsangebote informiert (z.B. Selbsthilfegruppen) ... Ihnen angemessene Information bietet, damit Sie sich nicht unwissend fühlen. ... Ihnen alles was in Zusammenhang mit Ihrer Pflege wichtig ist erklärt. ... Sie anleitet, wie Sie sich selbst versorgen können, wenn Ihnen dies möglich ist. ... Ihnen hilft die Fragen, welche Sie Ihrem/Ihrer Arzt/Ärztin stellen wollen, vorzubereiten.
Wohlbefinden schaffen („comforts“)	<ul style="list-style-type: none"> ... Ihnen Bedingungen schafft, dass Sie sich wohl fühlen (z.B. durch angenehme Lichtverhältnisse, Reduktion der Lärmbelästigung) ... Sie unterstützt, trotz der schwierigen Situation Positives zu sehen
Vorausschauen („anticipates“)	<ul style="list-style-type: none"> ...weiß, wann belastende Situationen eintreten können und auf diese zeitgerecht reagiert ...meine Bedürfnisse, ohne mich vorher fragen zu müssen, wahrgenommen hat
Vertrauensvolle Beziehung („Trusting relationship“)	<ul style="list-style-type: none"> ...Sie beim Festlegen Ihrer individuellen Ziele unterstützt ...bei der Klärung und Ordnung der Gedanken hinsichtlich der Erkrankung und Behandlung hilft ...Sie bestärkt Fragen zu stellen ...den Patienten die höchste Priorität einräumt egal was sonst passiert ...Ihnen und Ihrer Familie ein Gefühl von „Vertrauen“ vermittelt ...es ermöglicht, dass Sie über Ihre Gefühle bezogen auf Ihre Erkrankung sprechen können ...mit Ihnen gleich bleibend herzlich und respektvoll umgeht ...Sie als Mensch in Ihrer Einzigartigkeit wahrnimmt
Fachliche Sicherheit („monitors and follows through“)	<ul style="list-style-type: none"> ...professionell im Auftreten und Erscheinungsbild ist (angemessene Kleidung, Namensschild etc.) ...gut organisiert ist ...sicher in der Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen (Injektionen, Infusionen) und im Umgang mit Gerätschaften ist ...gelassen ist ...Ihnen, die ihren Bedürfnissen entsprechende Pflege zukommen lässt ...sicherstellt, dass alle Pflegepersonen wissen, wie Ihre individuelle Pflege zu gestalten ist ...weiß, wann es notwendig ist die Ärztin/den Arzt zu holen bzw. anzurufen

Tabelle 3: Übersicht Dimensionen von *caring*-Bedürfnissen mit dazugehörigen Items (adaptiert nach Watson, 2009)

Für die fünf Antwortkategorien wurden fünf Antwortboxen verwendet. Die nachstehende Abbildung zeigt die fünf beschrifteten Antwortboxen mit den zugeordneten *caring*-Bedürfnissen (Kärtchen) gemäß der Q-Sort Methode (siehe. Abbildung 2).

Gemäß der Q-Sort Methode durften die befragten PatientInnen in jede Antwortkategorie³ auf der Skala nur eine gewisse Kärtchenanzahl einordnen. Die Anzahl der vorgegebenen Karten pro Kategorie entspricht der einer Normalverteilung. Jedoch wurde den Befragten die Möglichkeit eingeräumt die Karten solange umzusortieren bis einerseits die Anzahl der Karten der Vorgabe entspricht, und andererseits die Sortierung die eigene Haltung am Besten widerspiegelt.



Abbildung 2: Darstellung der Q-Sort Befragung

Zusätzlich beinhaltet der erste Teil der Erhebung die Einverständniserklärung der PatientInnen zur Teilnahme an der Befragung und die folgenden zu erhebenden soziodemographischen Variablen

- Geschlecht (geschlossene Frage)
- Geburtsjahr (offene Frage)
- Muttersprache (geschlossene Frage)
- Religionsbekenntnis (geschlossene Frage)
- Schulabschluss (geschlossene Frage)

³In der vorliegenden und durchgeführten Befragung wurden Antwortboxen verwendet, in welche die *caring*-Bedürfnisse (Kärtchen) durch die PatientInnen gemäß der Q-Sort Methode eingeordnet werden mussten.

- erstmalige Behandlung (geschlossene Frage)
- Aufenthaltsdauer (offene Frage)
- Art des Karzinoms (offene Frage)

Um ethische Aspekte im Vorgehen der Befragung zu berücksichtigen und die PatientInnen in der schwierigen Situation nicht zusätzlich zu belasten, wurde die Frage nach der „Art des Karzinoms“ durch das Nachfragen bei der zuständigen Pflegeperson eruiert.

Im zweiten Teil wurden die Befragten aufgefordert, die 29 Kärtchen den fünf Antwortboxen zuzuordnen und somit zu priorisieren. Alle fünf Antwortboxen⁴ wurden beschriftet und zusätzlich wurde die vorgegebene Kärtchenanzahl pro Box angebracht. Der Anhang enthält das fertige und eingesetzte Erhebungsblatt zur Prioritätenbefragung der PatientInnen (vgl. Seite 122).

3.2 STICHPROBE UND EINSCHLUSSKRITERIEN

Insgesamt beteiligten sich sechs Stationen des postoperativen, sechs Stationen des behandlungszentrierten und eine Station des palliativen Settings des Krankenhauses Hietzing an der vorliegenden Untersuchung.

Das *postoperative Setting* umfasst Stationen des operativen Bereichs – überwiegend handelt es sich dabei um chirurgische Stationen.

Das *behandlungszentrierte Setting* beinhaltet vorwiegend Fachabteilungen aus der inneren Medizin und Dermatologie.

Das *palliative Setting* umfasst eine Abteilung, auf welcher größtenteils terminal erkrankte Personen behandelt werden. In diesem Setting steht nicht die Behandlung im Vordergrund, sondern eine adäquates Schmerzmanagement.

Folgende Stationen konnten den einzelnen Settings zugeteilt werden:

⁴**Kategorien:** sehr wichtig“, „eher wichtig“, teils, teils“, „eher unwichtig“, „unwichtig“

Postoperatives Setting	Behandlungszentriertes Setting	Palliatives Setting
<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie 1A (22 Betten) • Chirurgie 1B (22 Betten) • Chirurgie 2B (22 Betten) • Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde (31 Betten) • Gynäkologie (20 Betten, Aufwachraum, 5 Klassenbetten) • Urologie (28 Betten, 4 Klassebetten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kristian (21 Betten) • Lunge L 1 (14 Betten, 6 Tagesbetten) • Lunge 3 (16 Betten davon 6 Betten IMC und Schlaflabor) • Lunge 4 (22 Betten) • Lunge 5 (21 Betten) • Dermatologie (28 Betten, 4 Klassebetten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Palliativstation (14 Betten)

Abbildung 3: Übersicht beteiligte Station nach Setting

Die Stichprobengröße wurde in Absprache mit einer Statistikerin festgelegt und mithilfe der Stationsleitung (bzw. stellvertretenden Stationsleitung) im Feld rekrutiert. Die Stichprobe umfasst im postoperativen und behandlungszentrierten Setting zirka 60 ProbandInnen. Im palliativen Setting einigte man sich auf eine Stichprobengröße von 30 PatientInnen, da sich die Rekrutierung aufgrund des psychischen und physischen Zustandes und der geringen Zahl der PatientInnen als etwas schwieriger gestaltete. Für die Befragung wurden im Allgemeinen all jene Personen eingeschlossen, die während des Erhebungszeitraumes (April 2010 – Jänner 2011) auf einer der beteiligten Stationen⁵ des Krankenhauses „Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel“ behandelt wurden.

Zusätzlich mussten folgende Einschlusskriterien beachtet werden:

- *Postoperatives Setting:* erstmaliger operativer Eingriff im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung. Die PatientInnen wurden nach der Operation, wenn möglich nach dem dritten postoperativen Tag, befragt.
- *Behandlungszentriertes Setting:* bestehende krebsbezogene Therapie (Chemo- und Strahlentherapie). Die PatientInnen wurden bei Aufsuchen des Krankenhauses im Rahmen ihrer Behandlung/Therapie befragt.
- *Palliatives Setting:* verstärkter Fokus auf zumutbare psychische und physische Verfassung. Hier wurde kein genauer Zeitpunkt für die Befragung festgemacht, sondern vielmehr auf die körperliche Verfassung der

⁵Palliativstation, Kristian (Onkologie), Lunge L 1, Lunge 3, Lunge 4, Chirurgie 1A, Chirurgie 1B, Chirurgie 2B, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Dermatologie, Gynäkologie, Urologie

PatientInnen Rücksicht genommen und dahingehend der Zeitpunkt für die Befragung angepasst

Aus der Studie ausgeschlossen wurden PatientInnen mit mangelnden Deutschkenntnissen, da die Komplexität der Befragung eine problemlose Kommunikation zwischen der PatientIn und der Forscherin voraussetzt. Auch wurde darauf geachtet, dass PatientInnen bei der Befragung nur einmal teilnehmen, selbst wenn sie im Laufe ihrer Erkrankung in den unterschiedlichen drei Settings (postoperativ/ behandlungszentriert/ palliativ) behandelt wurden.

3.3 ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

Da krebserkrankte Menschen auf Grund der als lebensbedrohend wahrgenommenen Erkrankung eine vulnerable Zielgruppe darstellen (Marckmann & Meran, 2007, S. 62; Mayer, 2011, S. 71) mussten folgende Aspekte des Persönlichkeitsschutzes für die Durchführung des Forschungsvorhabens explizit beachtet werden (Mayer, 2011):

1. umfassende Information und freiwillige Zustimmung der teilnehmenden Probandinnen und Probanden, einschließlich des Rückzugsrechtes ohne Angabe von Gründen (=freiwillige Teilnahme)

Die in die Stichprobe passenden PatientInnen wurden vorab in mündlicher und schriftlicher Form durch die Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung der teilnehmenden Abteilung über Ziel und Wesen des Forschungsvorhabens informiert. Ihnen wurde ein angemessenes und in verständlicher Form verfasstes Informationsblatt ausgehändigt. Im zweiten Schritt wurden die sich zur Studie bereit erklärten TeilnehmerInnen nochmals durch die Forscherin informiert und aufgeklärt. Die PatientInnen konnten freiwillig und ohne jeglichen Druck entscheiden, ob sie bereit waren, an der Studie teilzunehmen. Weiters wurde Ihnen vermittelt, dass sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen die Teilnahme abbrechen bzw. aus der Studie aussteigen konnten.

2. Zusicherung der Anonymität und des Datenschutzes

Die Anonymität der ProbandInnen konnte diesen im Auswertungsprozess zugesichert werden. Die Namen der teilnehmenden PatientInnen wurden weder aufgelistet, noch angeführt. Lediglich die Erhebungsbögen der drei Settings wurden zur Identifizierung mit einem Code⁶ versehen. Dieser Code wurde am Ende des Blattes mittels des Datums angebracht. Der Vergleich basiert somit nur auf den vercodeten Daten, womit kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich ist und sich somit die Identität der ProbandInnen nicht erkennen lässt.

Die gesamten Daten der Forschungsarbeit unterliegen dem Datenschutz. Die ProbandInnen wurden darüber informiert, dass die Erhebung der Daten dem wissenschaftlichen Interesse und Zweck gewidmet ist und in diesem Interesse auch ausgewertet und weiterverarbeitet wird. Nach Beendigung der Studie wurden die erhobenen Daten verwaltet und es wurde darauf geachtet, dass diese für Dritte nicht zugänglich sind.

3. Schutz vor psychischen und/oder physischen Schäden

Da krebskranke Menschen auf Grund der als lebensbedrohend wahrgenommenen Erkrankung eine vulnerable Zielgruppe darstellen, bedarf es einer besonders einfühlsamen Vorgehensweise durch die Pflegepersonen und ForscherInnen (vgl. Marckmann & Meran, 2007, S. 62). Oftmals stehen PatientInnen während ihres Krankenhausaufenthaltes in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal, worauf sie sich zu einer Teilnahme an der Studie verpflichtet fühlen können (Mayer, 2011). Die PatientInnen wurden immer wieder darauf aufmerksam gemacht, dass eine Verweigerung der Teilnahme an der Studie keinerlei Konsequenzen/Auswirkungen auf die pflegerische Betreuung dieser hat und für sie dadurch weder ein Vorteil noch ein Nachteil entsteht.

Bei der Befragung selbst wurde auf die physische und psychische Verfassung der TeilnehmerInnen Rücksicht genommen, bei Bedarf die Untersuchung unterbrochen oder abgebrochen und Zeit für persönliche Gespräche eingeräumt.

⁶16.04.2010 = postoperatives Setting; 17.04.2010 = behandlungszentriertes Setting; 18.04.2010 = palliatives Setting

Die vorliegende Studie wurde bei der Ethikkommission, Gemeinde Wien, eingereicht und der positive Bescheid bildete die Voraussetzung für die Durchführung des Forschungsvorhabens.

3.4 VORGEHENSWEISE

Die Auswahl der Stationen, welche sich an der Studie beteiligten, wurde durch die Projektleitung (Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer) in Absprache mit der zuständigen Pflegedienstleitung (Direktorin Astrid Engelbrecht) festgelegt. Vorab wurde eine allgemeine Informationsveranstaltung für alle beteiligten Stationen und deren MitarbeiterInnen des Krankenhauses Hietzing durchgeführt, in welcher Ziel, Ablauf und die erbetene Mithilfe durch die MitarbeiterInnen der jeweiligen Stationen vorgestellt wurden. Im Anschluss daran wurden verantwortliche Pflegepersonen (Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung) von den jeweiligen Stationen festgelegt, welche als Ansprechpersonen für die jeweilige Forscherin im Feld dienten. Mit jenen Ansprechpersonen wurde eine nochmalige stationsinterne Informationsveranstaltung durchgeführt, in der das Informationsmaterial ausgehändigt wurde und offen gebliebene Fragen durch die Forscherin beantwortet wurden. Die verantwortliche Pflegeperson (Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung) der jeweiligen Station übernahm die Auswahl der geeigneten PatientInnen (welche die geforderten Einschlusskriterien erfüllten), sowie das Einholen einer erstmaligen mündlichen Einverständniserklärung.

3.4.1 DATENERHEBUNG

Nach Abklärung der formalen Angelegenheiten und Bekanntgabe möglicher TeilnehmerInnen durch die Stationsleitung bzw. stellvertretende Stationsleitung erfolgte die standardisierte strukturierte mündliche Befragung der teilnehmenden Person durch die Forscherin im Krankenhaus. Dabei konnten sich die PatientInnen frei entscheiden, an welchem Ort die Befragung durchgeführt werden sollte. Eine Aufklärung und Information über die Studie wurde durch die Forscherin erneut durchgeführt und im Anschluss daran das Einverständnis für die Teilnahme in schriftlicher Form eingeholt.

Zu Beginn der Befragung wurde den PatientInnen eine kurze Einführung zur speziellen Q-Sort Methodik geboten und die Besonderheiten der Zuordnung der *caring*-Kärtchen aufgezeigt. Nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Befragung wurden die bereits angeführten soziodemographischen Variablen der PatiententInnen erhoben. Im Anschluss daran wurden den ProbandInnen die *caring*-Kärtchen ausgehändigt und diese unter Berücksichtigung des körperlichen Zustandes entweder selbstständig gelesen, oder durch die Forscherin vorgelesen. Die PatientInnen wurden aufgefordert, die 29 Kärtchen (auf welchen die *caring*-Bedürfnisse verschriftlicht waren) einer der fünf beschrifteten Antwortboxen zuzuordnen.

Die PatientInnen entwickelten bei der Zuordnung der *caring*-Kärtchen nach der Q-Sort Methode unterschiedlichste Vorgehensweisen, um eine methodengerechte Zuordnung zu erzielen. Wenn die *caring*-Kärtchen der Befragung seitens der PatientInnen nicht im ersten Schritt methodengerecht zugeordnet werden konnten, so wurde dies in einem zweiten Versuch, durch ein wiederholtes Einordnen bzw. Umordnen durchgeführt.

Wurde eine Zuordnung anhand der vorgegebenen Q-Sort Methode erreicht, so konnte die Befragung in den Auswertungsprozess mit einbezogen werden. War es den PatientInnen nicht möglich die Kärtchen, trotz eines zweiten Versuches, anhand der vorgegebenen Q-Sort Methode zuzuordnen, so wurden die Kärtchen in den Antwortboxen beibehalten und die Befragung wurde abgeschlossen. Diese Befragungen konnten aufgrund einer fehlenden methodengerechten Zuordnung nicht in die Auswertung mit eingeschlossen werden.

3.4.2 DATENAUSWERTUNG

Die Analyse und Auswertung der Daten erfolgte mittels beschreibender (deskriptiver) und schließender (inferenzer) Statistik. Die beschreibenden Statistik zielt darauf ab Informationen anhand eines Datensatzes überschaubar darzustellen, so dass sich das „Wichtigste“ schnell erkennen lässt. Die schließende Statistik dient dazu Schlussfolgerungen aus den erhobenen Daten auf die Grundgesamtheit zu vollziehen (Raithel, 2008). Die Berechnungen wurden mittels des

Softwareprogramms „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS) durchgeführt.

Im ersten Schritt wurde eine Datenmatrix im SPSS für die entsprechende Befragung angelegt, in welche die erhobenen Daten eingegeben wurden. Mit Unterstützung einer zweiten Person wurden die eingegebenen Daten kontrolliert, um mögliche fehlerhafte Eingaben zu erkennen und diese gegebenenfalls zu korrigieren.

Um mögliche Zusammenhänge aufzeigen zu können, wurden die folgenden Signifikanztests durchgeführt:

- **Korrelationsanalyse:**

Auf die Korrelationsanalyse kann immer dann zurückgegriffen werden, wenn Daten mit ordinalem oder metrischem Datenniveau zur Verfügung stehen. Der Vorteil an dieser Methode ist, dass nicht nur die Stärke, sondern auch die Richtung von Zusammenhängen ermittelt werden kann.

- **Chi-Quadrat-Test:**

Dieser Test wird mittels Kreuztabellen berechnet, indem die, unter Unabhängigkeit von zwei Merkmalen, erwarteten Werte mit den tatsächlich gemessenen Werten in Beziehung gesetzt werden. Er kann immer dann verwendet werden, wenn nominale oder ordinale Daten miteinander in Beziehung gesetzt werden sollen.

- **Kruskal-Wallis-Test:**

Hierbei handelt es sich um einen nichtparametrischen Test, der zum Vergleich von mittleren Rängen zwischen mehr als zwei Gruppen herangezogen werden kann.

3.4.3 FEHLENDE ANTWORTEN

Um die Daten bzw. Ergebnisse der vorliegenden Studie einordnen zu können ist es erforderlich zu beschreiben, wie das Antwortverhalten der Befragten eingeschätzt werden kann. Dies kann in erster Linie dadurch geschehen, dass der Blick darauf gelenkt wird, wie häufig Fragen von den ProbandInnen nicht beantwortet wurden.

Bei der Q-Sort Befragung kann im Grunde nicht von „fehlenden Antworten“ im eigentlichen Sinn gesprochen werden, da jedes Kärtchen gemäß der angewendeten Q-Sort Methode einer Kategorie zugewiesen werden musste. 30 befragten PatientInnen war es nicht möglich eine Zuordnung der *caring*-Kärtchen gemäß der Q-Sort Methode durchzuführen. Aufgrund der fehlenden methodengerechten Zuordnung konnten diese auch nicht in die Auswertung aufgenommen werden. Sieben Befragungen konnten aufgrund eines schlechten körperlichen Wohlbefindens der PatientInnen nicht durchgeführt werden und wurden daher auf Wunsch dieser abgebrochen. In Anbetracht der für die PatientInnen herausfordernden Befragungsmethode und der zeitintensiven Durchführung durch die ForscherInnen ist eine Ausfallszahl von lediglich 37 Befragungen als gering einzuschätzen. Allerdings muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass bereits vor der Befragung die Auswahl der zu befragenden PatientInnen mit den Pflegepersonen abgestimmt wurde. Dies könnte somit ein Grund für die geringe Ausfallsquote sein.

3.4.4 DIMENSIONIERUNG UND INDEXBERECHNUNG

Die dem verwendeten Befragungsinstrument zugrunde liegenden Faktoren, bildeten ebenfalls die Grundlage für die Dimensionen der *caring*-Bedürfnisse in der vorliegenden Auswertung. Schon in vorangegangenen Untersuchungen wurden die sechs Dimensionen der Bedürfnisse durch die Weiterentwicklung des Erhebungsinstrumentes immer wieder bestätigt (Larsson, Widmark-Peterson, Lampic, von Essen, Sjödn, 1998; Khademian & Vizeshfar, 2008; Tuckett, Hughes, Schluter, Turner, 2008).

Nach der Datenerhebung sollte überprüft werden, ob sich die sechs Dimensionen auch für die erhobenen Daten in dieser Studie bestätigen lassen. Ziel war es nämlich, nicht nur für die Auswertung ein gewisses Raster an *caring*-Bedürfnis-Gruppen zu haben, sondern auch herauszufinden, welche Dimensionen von *caring*-Bedürfnissen am wichtigsten sind.

Bei der Indexbildung ist zu beachten, dass genau bei dieser Befragung schiefe Verteilungen verhindert werden konnten, da die PatientInnen durch die spezielle Q-Sort Methode gezwungen waren, die Wichtigkeiten zu differenzieren. Durch das Design dieser Methode ergeben sich automatisch bei allen Fragen annähernd

normalverteilte Kurven was die Indexbildung grundsätzlich ermöglicht. Es stellt sich allerdings die Frage, was die Q-Sort Technik inhaltlich gesehen bedeutet. Denn da die PatientInnen gezwungen sind die wichtigsten Items herauszufiltern, ist es fraglich, ob sich so sinnvolle Dimensionen herauslesen lassen können.

Als erster Schritt wurde eine Korrelation nach Spearman für alle 29 Items der *caring*-Bedürfnisse berechnet. Diese zeigt, dass es zwischen den *caring*-Bedürfnissen kaum aussagekräftige signifikante Zusammenhänge gibt. Nur einige wenige Items stehen untereinander in Korrelation. Dies deutet darauf hin, dass die genannte Wichtigkeit verschiedener *caring*-Handlungen bei den PatientInnen unabhängig voneinander ist. Dies bedeutet, dass wenn Frage a für jemanden wichtig ist, es nicht automatisch sein muss, dass Frage b auch wichtig bzw. unwichtig ist. Diese Unabhängigkeit der *caring*-Items kann natürlich damit in Zusammenhang stehen, dass bei der Q-Sort Technik der Großteil der Fragen als mittelmäßig wichtig eingestuft werden mussten und nur sehr wenig Fragen als wichtig bzw. unwichtig.

Die fehlenden korrelativen Beziehungen zwischen den *caring*-Bedürfnissen machen auch eine in der Folge geplante statistische Indexbildung schwierig. Ein erster Versuch der Bildung von Dimensionen mithilfe der Faktorenanalyse zeigte dementsprechend, dass sich kaum Bündel von Fragen ergeben, sondern vielmehr die meisten Fragen für sich alleine wichtig oder unwichtig zu sein scheinen.

Versucht man mittels der Faktoranalyse auf die gleiche Anzahl von Faktoren zu kommen, wie sie in der Literatur beschrieben werden, nämlich sechs, so erhält man zwar keine hundertprozentige Übereinstimmung, dennoch nähern sich die empirischen Dimensionen aber den theoretischen beschriebenen an (vgl. Tabelle Seite Tabelle 22). Daher erschien es sinnvoll, für die Analyse im Rahmen dieser Untersuchung, die gleichen sechs Dimensionen beizubehalten, welche bereits im Vorfeld durch viele ForscherInnen bestätigt wurden.

Die folgenden sechs Dimensionen (übersetzt nach Watson, 2009), wurden für die Auswertung der Befragung verwendet:

Accessible	(„Verfügbarkeit“)
Explains and facilitates	(„Information und Förderung“)
Comforts	(„Wohlbefinden schaffen“)
Anticipates	(„Vorausschauen“)
Trusting relationship	(„vertrauensvolle Beziehung“)
Monitors and follows through	(„fachliche Sicherheit“)

Da eine Übersetzung aus dem Englischen immer auch eine gewisse Veränderung von Bedeutungen und der Sinnhaftigkeit mit sich bringt, wurden die deutschen Übersetzungen der Dimensionen nur in Klammer beigefügt und grundsätzlich mit den englischen Bezeichnungen weitergearbeitet.

In der Folge wurden für die Prioritätenbefragung aus den ermittelten Dimensionen Indizes, also Zusammenfassungen aller Fragen einer Dimension berechnet. Aufgrund der sehr geringen korrelativen Beziehungen zwischen den *caring*-Bedürfnissen wurde hier kein Summenindex verwendet, sondern ein gezählter Index. Hierzu wurde die Anzahl der Items, die von den PatientInnen in jeder Dimension der Kategorie „sehr wichtig“ oder „wichtig“ zugeordnet wurde, gezählt. Darauffolgend wurden diese durch die Anzahl der Items dividiert und mit 100 multipliziert. Die vorliegenden Werte können dadurch als Prozentangabe verstanden werden, welche angeben, wie viel Prozent der Fragen einer Dimension als wichtig eingestuft wurden. Diese Berechnung macht Sinn, da es bei der Q-Sort-Methode sehr strenge Einschränkung gibt (sehr wichtig = 2; eher wichtig = 6), wie viele Items als „wichtig“ eingestuft werden können. Es handelt sich also um eine sehr bewusste Auswahl.

4 AUSWERTUNGSERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zusammengefasst. Der erste Teil enthält eine allgemeine Beschreibung der Stichprobe, sowie der sozialen Merkmale der befragten ProbandInnen im Allgemeinen und aufgeteilt nach Setting (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ). Im zweiten Teil erfolgt eine Beschreibung der Ergebnisse anhand der Forschungsfragen.

4.1 STICHPROBENBESCHREIBUNG

Insgesamt konnten 183 Befragungen durchgeführt werden, wobei sich davon schlussendlich 146 verwertbare Interviews nach der Q-Sort Methode ergaben. Die Tabelle unten zeigt, wie vielen PatientInnen absolut und prozentuell eine Zuordnung der *caring*-Kärtchen gemäß der Q-Sort Methode möglich bzw. nicht möglich war.

Methoden-gerechte Zuordnung (Q-Sort)		
	Häufigkeit	in %
„Q-Sort“	146	79,8
„keine methodengerechte Zuordnung“	30	16,4
„abgebrochen	7	3,8
Gesamt	183	100

Tabelle 4: Zuordnung nach Q-Sort

30 PatientInnen (16,4 %) war es nicht möglich, die *caring*-Kärtchen gemäß der Q-Sort Methode zuzuordnen und bei 7 ProbandInnen musste die Befragung aus verschiedensten Gründen abgebrochen werden. Schlussendlich ergaben sich 146 verwertbare Datensätze (79,8%), welche in die Auswertung mit einbezogen wurden. Die Daten der restlichen 37 PatientInnen (20,2%) mussten aus dem Auswertungsverfahren ausgeschlossen werden.

Die folgende Tabelle (vgl. Tabelle 5) zeigt, wie vielen PatientInnen aus den unterschiedlichen Settings absolut und prozentuell eine Zuordnung nach der Q-Sort Methode möglich war. Diese 146 Befragungen bildeten die Basis für den Auswertungsprozess.

Prioritätenbefragung		
	Häufigkeit	in %
postoperativ	60	41,1
behandlungszentriert	56	38,4
palliativ	30	20,5
Gesamt	146	100

Tabelle 5: Zuordnung Q-Sort aufgeteilt nach Setting

Es lässt sich klar erkennen, dass das postoperative und behandlungszentrierte Setting relativ ähnliche Prozentwerte einnehmen und knapp 80 % der Menschen mit einer Krebserkrankung aus einem der beiden Settings befragt wurden. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass die Befragungsmethode für PatientInnen im palliativen Setting, aufgrund der teilweise schlechten körperlichen Verfassung, doch eine Herausforderung darstellte.

4.2 SOZIALE MERKMALE ALLGEMEIN

Um überprüfen zu können, ob die gezogenen Stichproben auch der tatsächlichen PatientInnenpopulation onkologisch erkrankter PatientInnen im Krankenhaus Hietzing entsprechen, wurden verschiedene soziale Merkmale abgefragt. Diese sollen in Folge dargestellt werden, um die Gruppe der Befragten zu charakterisieren (vgl. Tabelle 6).

		Anzahl (n=146)	in %
Geschlecht	männlich	65	44,5%
	weiblich	81	55,5%
Alter in 4 Kategorien	bis 50 Jahre	25	17,1%
	51 - 60 Jahre	39	26,7%
	61-70 Jahre	53	36,3%
	71 Jahre oder älter	29	19,9%
Muttersprache in 2 Kategorien	Deutsch	140	95,9%
	nicht Deutsch	6	4,1%
Religionsbekenntnis	katholisch	86	58,9%
	evangelisch	10	6,8%
	muslimisch	0	,0%
	ohne Bekenntnis	45	30,8%
	sonstiges	5	3,4%
Schulabschluss	Hauptschule	40	27,4%
	BMS	46	31,5%
	BHS/Gymnasium	35	24,0%
	Hochschulabschluss	24	16,4%
	sonstiges	1	,7%

Tabelle 6: Überblick der soziodemographischen Merkmale

Die Ergebnisse zeigen, dass die Stichprobe ein wenig mehr Frauen (55,5%), als Männer (44,5%) beinhaltet. Der überwiegende Teil der Befragten (63%) ist zwischen 51 und 70 Jahre alt. Diese Altersverteilung entspricht vollkommen den Angaben des Krankenhauses über das Alter der betreuten PatientInnen im Allgemeinen (54% sind zwischen 45 und 75 Jahren).

Außerdem gab der Großteil der Befragten „Deutsch“ als Muttersprache an, was stark damit in Zusammenhang steht, dass nur jene Personen befragt werden konnten, die

über gute Deutschkenntnisse verfügten, da sich die Zuordnung der *caring*-Kärtchen in Anlehnung an die Q-Sort Methode als sehr komplex erwies.

Mehr als die Hälfte der befragten Personen (69%) gaben bei der Frage nach dem Religionsbekenntnis ein christliches Bekenntnis an und 31% gaben ein anderswertiges Glaubensbekenntnis an. Wobei hier die hohe Anzahl der befragten Personen „ohne Bekenntnis“ in Relation zu den anderen Antwortmöglichkeiten relativ hoch ist. Zur besseren Überschaubarkeit wurden die Antwortdimensionen des Fragebogens in zwei Kategorien zusammengefasst („christliches Bekenntnis“ und „ohne Bekenntnis“).

Des Weiteren zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Befragten keine Matura abgelegt hat und entweder einen Hauptschul- (27,4%) oder BMS (31,5%) Abschluss aufweisen kann. Diese Verteilung des Bildungsstandes entspricht in etwa der Verteilung in der gesamtösterreichischen Bevölkerung.⁷ Hier muss allerdings angemerkt werden, dass die befragten PatientInnen durchschnittlich deutlich älter sind als die österreichische Durchschnittsbevölkerung. Außerdem gibt es in Österreich einen Zusammenhang zwischen Bildung und Alter, der darauf hinweist, dass je jünger die Befragten sind, desto höher ist deren Bildung. Das heißt, dass die befragten PatientInnen tendenziell etwas höher gebildet sind, als Menschen dieses Alters im Allgemeinen, obwohl mehr als die Hälfte keinen Maturaabschluss hat. Dies könnte allerdings auch damit in Zusammenhang stehen, dass in Wien der Bildungsstand der Bevölkerung etwas höher ist als in den anderen Bundesländern. Die untenstehende Tabelle (vgl. Tabelle 7) zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten bereits eine Therapie im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung hinter sich hat und zum Befragungszeitpunkt bereits bis zu 7 Tage stationär behandelt wurde.

Bei der Befragung mussten die PatientInnen die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus in Tagen angeben. Um dies übersichtlicher zu gestalten, wurden 3 Kategorien gebildet, welche zeigen, dass mehr als die Hälfte der Befragten bis zu 7 Tage stationär behandelt wurden (siehe Tabelle 7).

⁷Vgl. dazu die aktuellsten Daten zum Bildungsstand der österreichischen Bevölkerung nach Altersgruppen der Statistik Austria aus dem Jahr 2008:
www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/042872.html

Auch bei genauerem Hinblick zeigt sich, dass die befragten ProbandInnen aus allen drei Settings meist nicht länger als 7 Tage auf der jeweiligen Station verweilen – somit lässt sich im Allgemeinen eine leichte Tendenz in Richtung einer kürzeren stationären Aufenthaltsdauer von KrebspatientInnen erkennen. Dies spricht charakteristisch für das postoperative und behandlungszentrierte Setting, in welchem es sich mehr oder weniger um die Kurzzeitversorgung der PatientInnen handelt. Für das palliative Setting ist der Trend in Richtung einer kurzen Aufenthaltsdauer der PatientInnen relativ untypisch, dies könnte aber daran liegen, dass nur jene PatientInnen in die Befragung mit eingeschlossen wurden, bei welchen es der gesundheitliche Zustand zu ließ und welche daher erst seit kurzem auf der Station waren.

Der überwiegende Teil der PatientInnen weist ein Karzinom im gynäkologischen Bereich auf, wobei hier berücksichtigt werden muss, dass dies in gewisser Weise von der Verfügbarkeit der PatientInnen auf den jeweiligen Stationen abhängig war und die Ergebnisse in weiterer Folge somit keinen Schluss auf die Gesamtpopulation von KrebspatientInnen des gynäkologischen Bereichs zulassen.

		Anzahl	in %
Erstmalige Therapie?	ja	69	46,9%
	nein	77	53,1%
Aufenthaltsdauer in 3 Kategorien	bis zu 7 Tage	79	54,1%
	8-14 Tage	37	25,3%
	länger als 14 Tage	30	20,5%
Art des Karzinoms in Kategorien	HNO	32	22,1%
	Gynäkologie	44	30,3%
	Urologie	21	14,5%
	Leukämie	13	9,0%
	sonstiges	36	24,1%

Tabelle 7: Soziale Merkmale (Krankheit)

4.2.1 POSTOPERATIVES SETTING

Bei 61,7% der befragten PatientInnen des postoperativen Settings handelt es sich um Frauen. Der überwiegende Teil der ProbandInnen ist zwischen 61 und 70 Jahren (40%) alt – 15% der Befragten ist unter 50 Jahren. Somit lässt sich auch hier eine leichte Tendenz älterer TeilnehmerInnen (61-70 Jahren) feststellen. 96,7% der PatientInnen gaben „Deutsch“ als ihre Muttersprache an. Bei der Hälfte der befragten TeilnehmerInnen (50%) handelt es sich um Personen mit einem katholischen Glaubensbekenntnis, wobei bereits 38,3% „kein Bekenntnis“ angaben. Mehr als die Hälfte der PatientInnen (58,35) hat keine Matura. Für Befragte des postoperativen Settings (83,3%) war es überwiegend die erstmalige Therapie im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung.

4.2.2 BEHANDLUNGSZENTRIERTES SETTING

Die Geschlechterverteilung im behandlungszentrierten Setting ist vollkommen ausgeglichen, 50% der befragten Personen sind Frauen und 50% sind Männer. Ebenso erscheint die Altersverteilung der befragten Personen sehr homogen. 28,6% der PatientInnen ist zwischen 51-60 Jahren alt und ebenso 28,6% PatientInnen sind zwischen 61-70 Jahren alt. Nahezu alle ProbandInnen gaben „Deutsch“ als Muttersprache an. Mehr als die Hälfte der Befragten (64,3%) gaben „katholisch“ als Religionsbekenntnis an, doch auch hier zeigt sich eine zunehmende Anzahl an Personen, welche „kein Bekenntnis“ hat. 55,4% hat keine Matura und 74,5% der ProbandInnen hatten bereits eine vorhergehende Therapie im Zusammenhang mit der Krebserkrankung.

4.2.3 PALLIATIVES SETTING

Im palliativen Setting konnten 30 Befragungen durchgeführt werden (n=30). Diese kleine Stichprobengröße muss im Zusammenhang mit Aussagen und Interpretationen immer berücksichtigt werden.

Auch im palliativen Setting zeigte sich, dass mehr Frauen (53,3%) an der Q-Sort Befragung teilgenommen haben. Nahezu die Hälfte (43,3%) der PatientInnen ist zwischen 61-70 Jahren alt – auch hier zeigte sich, dass an der Befragung tendenziell eher ältere ProbandInnen teilgenommen haben. Auch hier gaben nahezu alle

PatientInnen „Deutsch“ als Muttersprache an. 66,7% gaben „katholisch“ als Religionsbekenntnis an und 26,7% sind „ohne Bekenntnis“. 69% der interviewten Personen hat keine Matura und 86,7% wurden bereits im Zusammenhang mit ihrer Krebserkrankung therapiert.

4.2.4 ZUSAMMENFASSUNG: SOZIODEMOGRAPHISCHE VARIABLEN NACH SETTING

In dieser Stichprobe weisen PatientInnen des postoperativen und behandlungszentrierten Settings ein etwas höheres Bildungsniveau auf, als PatientInnen des palliativen Settings. Dies könnte auf den Aspekt des Alters zurück geführt werden, da die PatientInnen des palliativen Settings verglichen mit den anderen beiden Settings etwas älter sind. Jedoch muss auch hier die relativ geringe Stichprobengröße des palliativen Settings (n=30) berücksichtigt werden. Im postoperativen Setting war die Anzahl der befragten Personen „ohne Bekenntnis“ verglichen mit den anderen beiden Settings etwas höher. Auch die Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus tendiert in allen Settings eher zu einer verkürzten stationären Behandlung.

4.3 AUSWERTUNG DER BEFRAGUNG (Q-SORT)

4.3.1 WICHTIGSTE CARING-BEDÜRFNISSE

Die nachstehenden Balkendiagramme zeigen sowohl die fünf „wichtigsten“, als auch die fünf „unwichtigsten“ *caring*-Bedürfnisse der PatientInnen (in %) während ihres Krankenhausaufenthaltes.⁸

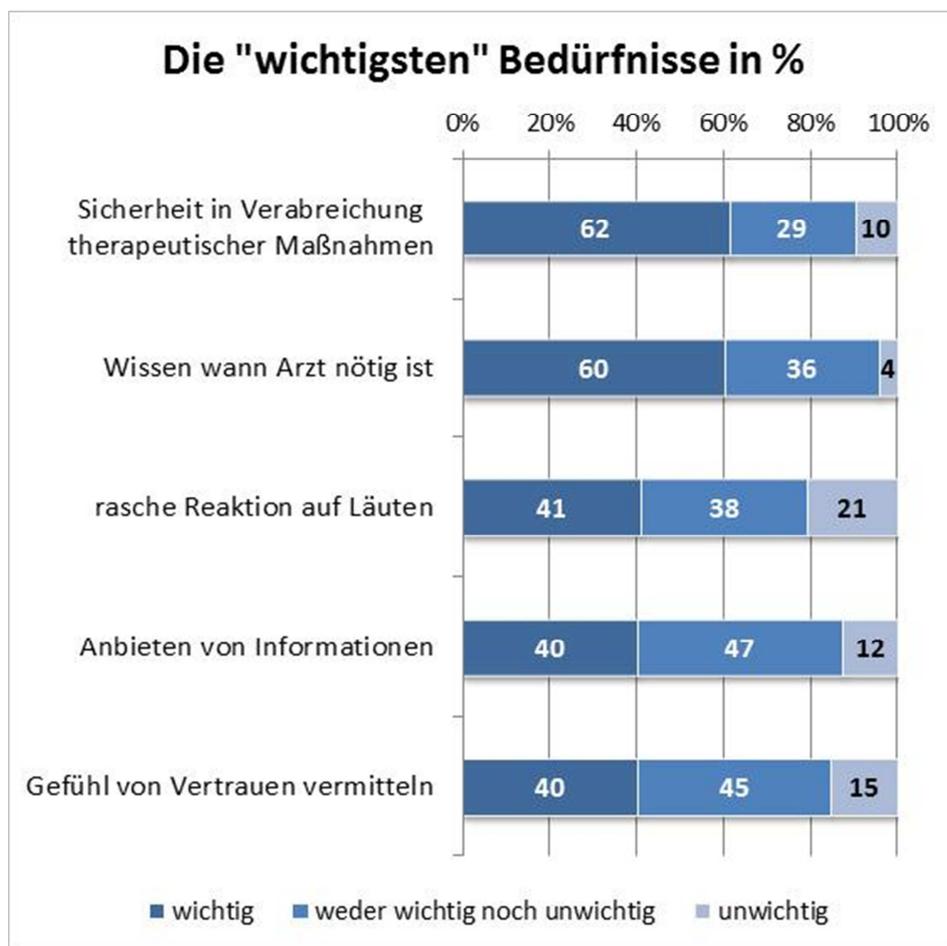


Abbildung 4: Die „wichtigsten“ *caring*-Bedürfnisse

⁸Zur besseren Übersichtlichkeit wurden die fünf ursprünglichen Wichtigkeitsabstufungen hier in 3 Kategorien zusammengefasst. („sehr wichtig“ und „eher wichtig“ wurden zu „wichtig“ zusammengefasst; „eher unwichtig“ und „unwichtig“ wurden zur neuen Kategorie „unwichtig“; die Mittelkategorie „weder wichtig noch unwichtig“ wurde als separate Antwortmöglichkeit belassen.)

4.3.2 UNWICHTIGSTE CARING-BEDÜRFNISSE

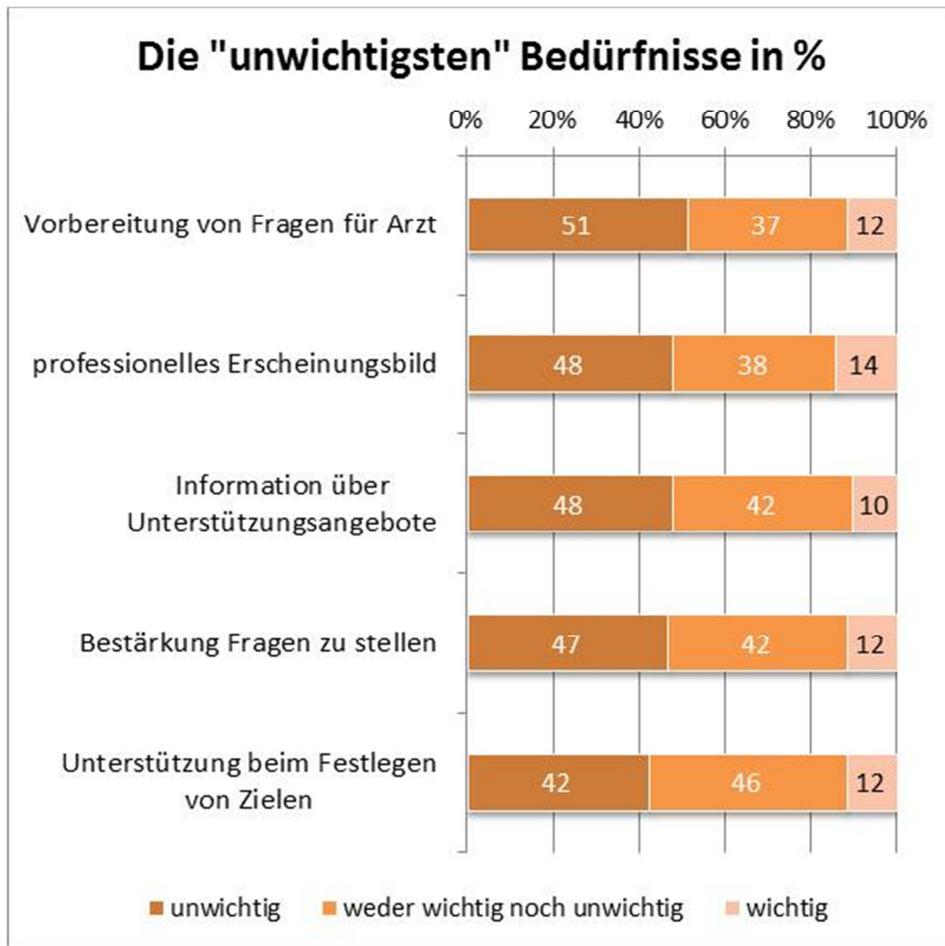


Abbildung 5: Die „unwichtigsten“ *caring*-Bedürfnisse

Betrachtet man zunächst die wichtigsten Bedürfnisse der PatientInnen, so zeigt sich, dass diese in Anbetracht der Dimensionen klar im Bereich Sicherheit, Vertrauen und Fachlichkeit liegen. Eine sichere Verabreichung von therapeutischen Maßnahmen wird von den PatientInnen mit 62% als „am wichtigsten“ eingestuft. Das „Wissen wann ein Arzt nötig ist“ ist in Relation mit 60% das „zweitwichtigste“ *caring*-Bedürfnis. „Die rasche Reaktion des Pflegepersonals auf das Läuten“ wird von den PatientInnen mit 41% ebenfalls als „sehr wichtig“ empfunden – ähnlich wie „das Anbieten von Information“ und die „Vermittlung von Vertrauen gegenüber den PatientInnen und der Familie“.

Bei der Analyse der „unwichtigsten“ *caring*-Bedürfnisse zeigt sich, dass die „Vorbereitung von Fragen für den Arzt/die Ärztin“ mit 51% als unwichtigstes *caring*-Bedürfnis gesehen wird. Auch das professionelle Erscheinungsbild der

Pflegepersonen und die Information über Unterstützungsangebote wurden von den Befragten mit 48% als unwichtig eingestuft. Rückblickend gaben die PatientInnen bei der Erhebung an, dass es Ihnen nicht wichtig sei, darin bestärkt zu werden Fragen zu stellen, da sie dies ohnehin selbstständig und ohne Bekräftigung einer zweiten Person machen würden. Die Unterstützung beim Festlegen von Zielen ist jenes Bedürfnis, welches schon eher an die Antwortkategorie „weder wichtig noch unwichtig“ grenzt und somit mit 42% als schwächstes bzw. „unwichtigstes“ *caring*-Bedürfnis eingeordnet wurde.

4.3.3 WICHTIGSTE CARING-BEDÜRFNISSE NACH SETTING

Die untenstehenden Grafiken (Abbildung 6, Abbildung 7, Abbildung 8) zeigen die fünf wichtigsten *caring*-Bedürfnisse von PatientInnen aufgeteilt nach den drei Settings (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ). Die angeführten Werte verstehen sich als Prozentwerte der Antwortkategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“.

Im Allgemeinen lassen sich nahezu keine Unterschiede der *caring*-Prioritäten nach Setting finden – einzig im behandlungszentrierten Setting gibt es einen signifikanten Unterschied.

4.3.3.1 Postoperatives Setting

Die Grafik zeigt die fünf wichtigsten *caring*-Bedürfnisse von PatientInnen des postoperativen Settings. Diese lassen sich klar in den Dimensionen „fachliche Sicherheit“ (Wissen wann Arzt nötig ist, Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen), „Verfügbarkeit“ (zeitgerechte Behandlung), „Vorausschauen“ (Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion) und „Information und Förderung“ (Anbieten von Informationen) finden. Die *caring*-Dimension „fachliche Sicherheit“ mit den Items „Wissen, wann Arzt notwendig ist“ (68%) und die „Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ (55%) hebt sich deutlich von den anderen Dimensionen ab. Dies zeigt, dass PatientInnen in diesem Setting eine physische Versorgung und die Sicherheit sich auf die Pflegeperson in fachlichen Belangen verlassen zu können am wichtigsten sind. Bezugnehmend auf die anderen Settings (behandlungszentriert und palliativ) lassen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede feststellen.

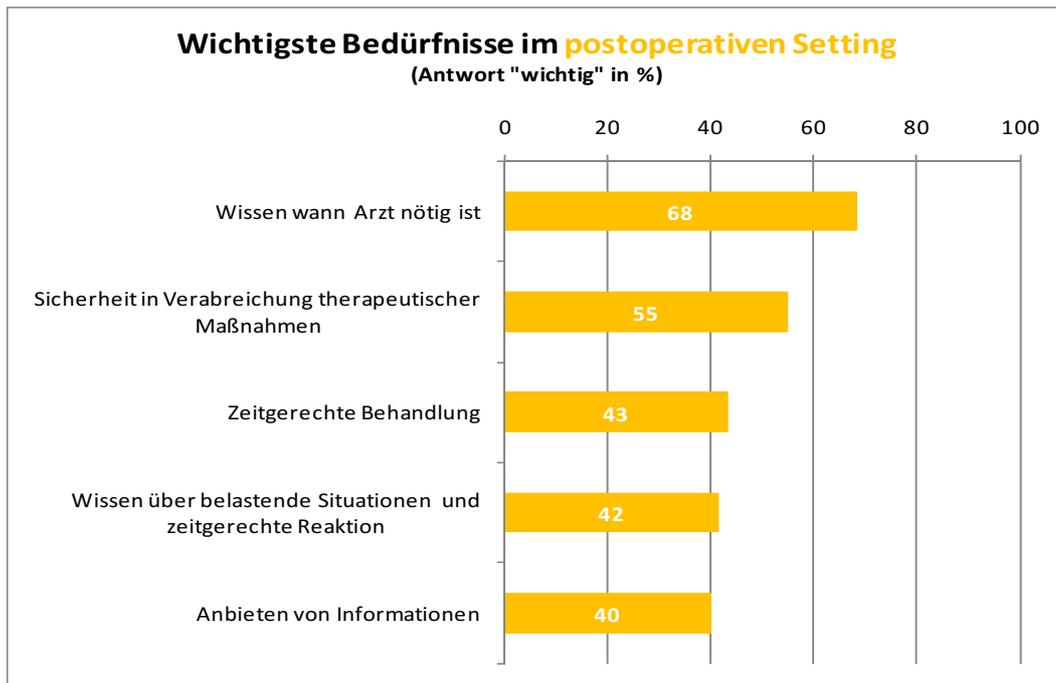


Abbildung 6: Wichtigstecaring-Bedürfnisse nach Setting (postoperativ)

4.3.3.2 Behandlungszentriertes Setting

Die fünf wichtigsten *caring*-Bedürfnisse für PatientInnen des behandlungszentrierten Settings lassen sich in den Dimensionen „fachliche Sicherheit“ (Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen, Wissen wann Arzt nötig ist), „vertrauensvolle Beziehung“ (Gefühl von Vertrauen vermitteln), „Verfügbarkeit“ (rasche Reaktion auf Läuten) und „Information und Förderung“ (Anbieten von Information) finden. Die Sicherheit der Pflegeperson in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen ist dieser PatientInnengruppe am wichtigsten (73%) und grenzt sich von den anderen *caring*-Bedürfnissen prozentuell gesehen erkennbar ab. Als zweitwichtigstes *caring*-Bedürfnis mit 59%iger Zustimmung ergibt sich, dass es PatientInnen wichtig ist, dass Ihnen während ihres Aufenthaltes ein Gefühl von Vertrauen vermittelt wird. Dieses Bedürfnis ist PatientInnen des behandlungszentrierten Setting signifikant wichtiger, als PatientInnen des postoperativen und palliativen Settings (Chi-Quadrat Test).

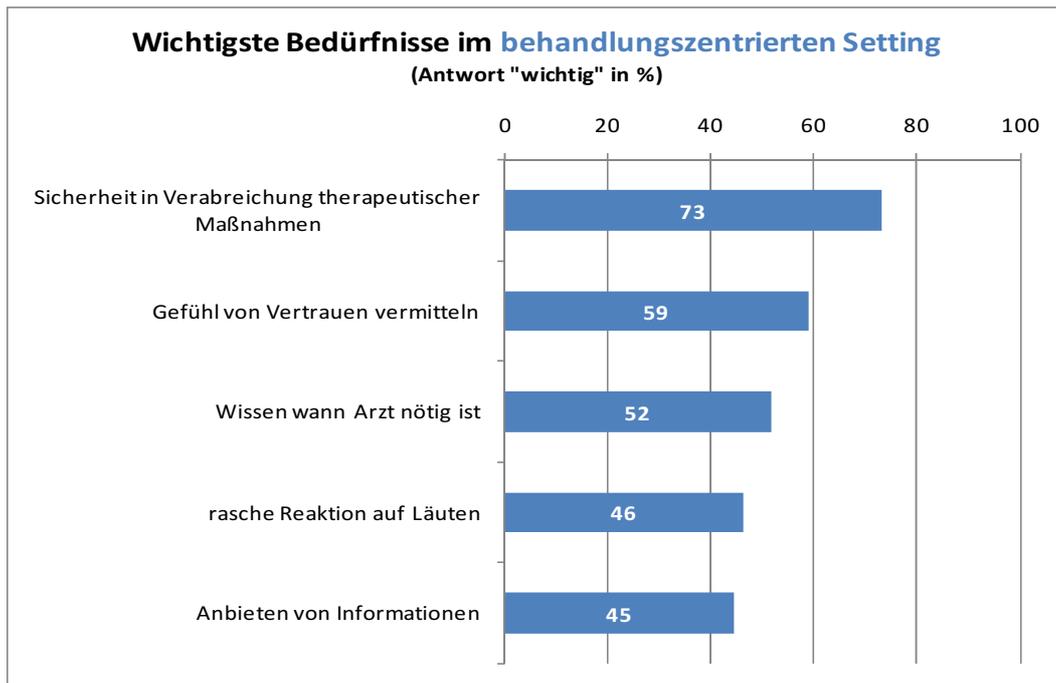


Abbildung 7: Wichtigste *caring*-Bedürfnisse nach Setting (*behandlungszentriert*)

4.3.3.3 Palliatives Setting

Auch hier zeigen sich die fünf wichtigsten *caring*-Bedürfnisse von PatientInnen des palliativen Settings. Ähnlich wie PatientInnen des postoperativen Setting sind PatientInnen des palliativen Setting die *caring*-Dimensionen „fachliche Sicherheit“ (Wissen wann Arzt nötig ist, Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen), „Verfügbarkeit“ (Zeitgerechte Behandlung, rasche Reaktion auf Läuten) und „Vorausschauen“ (Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion) am wichtigsten. Das Item „Wissen wann der Arzt nötig ist“ ist für PatientInnen des palliativen Settings mit 60%iger Zustimmung prioritär. Die „Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ (53%) stellt für jene PatientInnengruppe das zweitwichtigste *caring*-Bedürfnis dar. Dies lässt ebenso den Schluss zu, dass PatientInnen dieses Settings mehr Wert auf das fachliche Wissen der Pflegepersonen legen.

Verglichen mit den anderen beiden Settings lassen sich auch an dieser Stelle keine signifikanten Unterschiede feststellen.

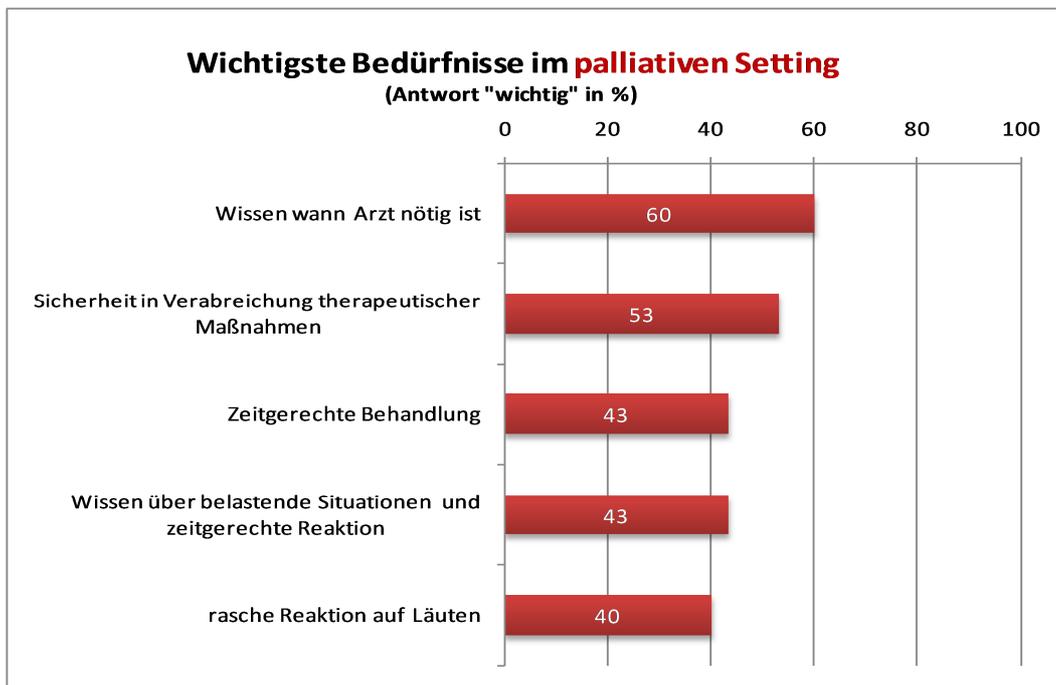


Abbildung 8: Wichtigste *caring*-Bedürfnisse nach Setting (palliativ)

4.3.4 PRIORITÄTEN NACH DIMENSIONEN

Nachdem die fünf wichtigsten und unwichtigsten *caring*-Bedürfnisse beschrieben wurden, soll nun der Blick darauf gelenkt werden, welche übergeordneten *caring*-Dimensionen von den PatientInnen am wichtigsten eingestuft wurden. Das Diagramm zeigt die Rangreihung der sechs *caring*-Dimensionen, in welchen die 29 *caring*-Bedürfnisse enthalten sind.

Ein Wert von 0 bedeutet, dass diese Dimension für die PatientInnen keinerlei Wichtigkeit hat, während ein Wert von 100 die höchst mögliche Wichtigkeit ausdrückt. Dies bedeutet weiters, wie viel Prozent der Items einer Dimension seitens der PatientInnen als „sehr wichtig“ bzw. „wichtig“ eingestuft wurden. Das Diagramm zeigt, dass alle 6 Dimensionen zwischen 20 und 40 Prozent liegen. Die Q-Sort Methode bedingt, dass die Werte der Indizes hier nicht höher ausfallen. Da man nur eine bestimmte Anzahl von Items in den wichtigen Bereich zuordnen konnte, so mussten die PatientInnen sich bewusst überlegen, welche diese sein werden.

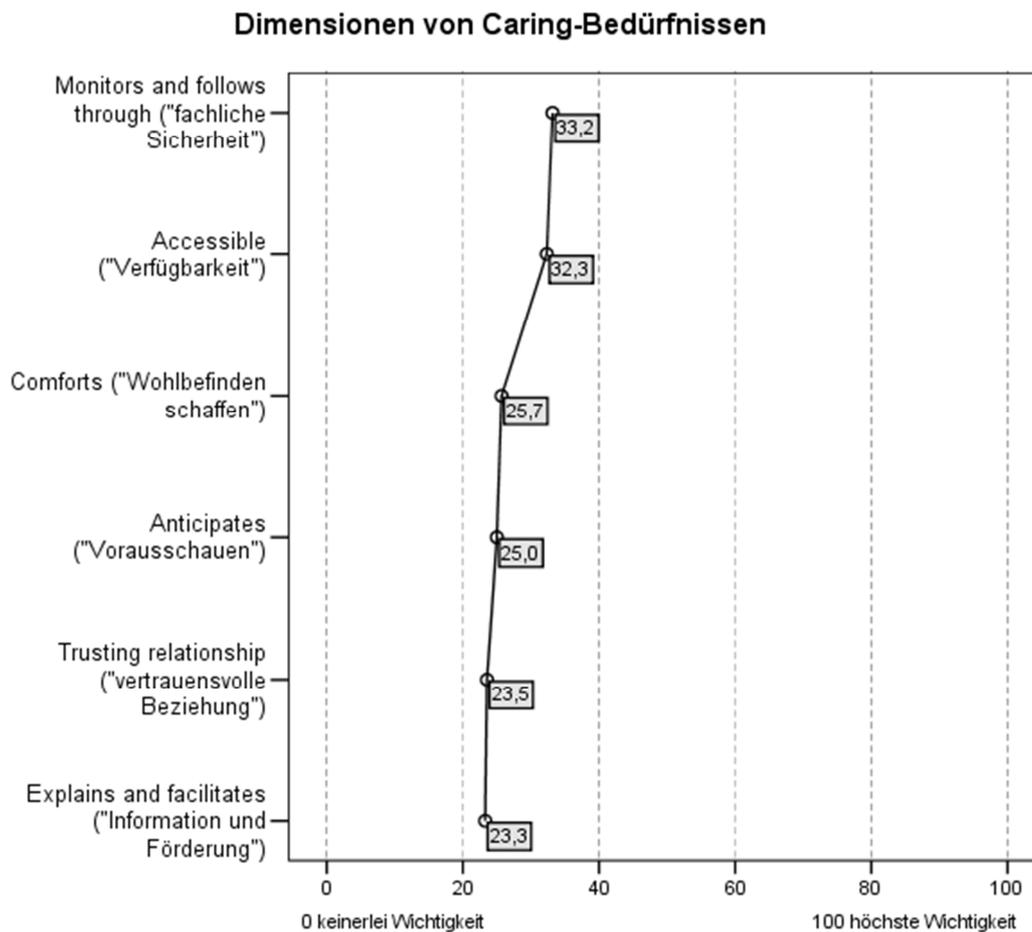


Abbildung 9: Prioritäten der *caring*-Bedürfnisse nach Dimension

Die Ergebnisse der Indexberechnung zeigen, dass keine Dimension seitens der PatientInnen als so wichtig eingeschätzt wurde, dass alle Items unter „wichtig“ eingeordnet wurden. Somit liegen alle *caring*-Dimensionen in einem ähnlichen Bereich. Den PatientInnen scheint also eine gewisse Mischung aus allen Dimensionen wichtig zu sein. Dies lässt sich daran erkennen, dass Items aus allen Dimensionen in den Bereich „wichtig“ eingeordnet wurden.

Betrachtet man die Reihenfolge der Wichtigkeit der Indizes, so sieht man, dass auch hier der Faktor „fachliche Sicherheit“ an erster Stelle und knapp dahinter der Faktor „Verfügbarkeit“ liegt. Diese beiden Dimensionen sind also für die befragten PatientInnen deutlich am wichtigsten. Die anderen vier *caring*-Dimensionen folgen mit einem klaren Abstand zu den ersten beiden Dimensionen und unterscheiden sich untereinander nur durch minimale Prozentwerte.

In der Folge sollen die einzelnen Dimensionen näher betrachtet werden, um auch einen Überblick über das Antwortverhalten innerhalb einer Dimension zu erlangen.⁹

In Bezug auf die von den PatientInnen am wichtigsten eingeschätzte *caring*-Dimension „fachliche Sicherheit“ (Monitors and follows through) ist zu sagen, dass dabei in erster Linie das „Wissen wann Arzt/Ärztin nötig ist“ und die „Sicherheit in der Verabreichung therapeutischer Maßnahmen“ genannt werden. Alle anderen Items sind deutlich unwichtiger. Es geht in dieser Dimension also scheinbar um jene Aspekte, die vorrangig das körperliche Wohlbefinden und somit die physische Versorgung der PatientInnen betreffen (vgl. Abbildung 10).

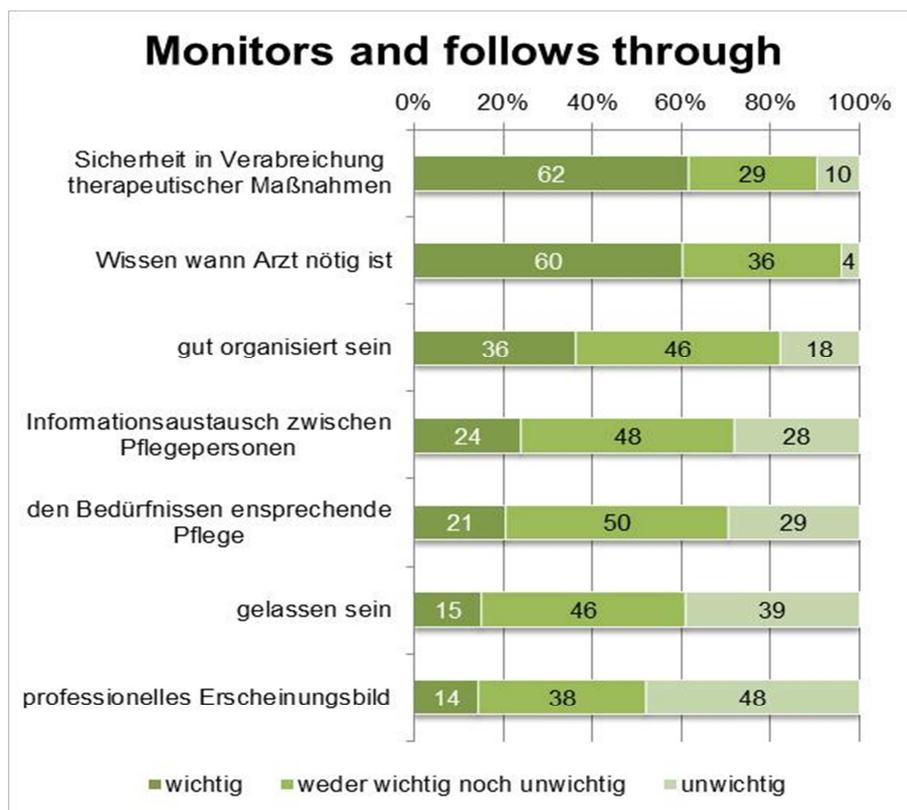


Abbildung 10: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“

Betrachtet man den Faktor „Verfügbarkeit“ (Accessible), so zeigt sich, dass zwar alle Items eine ähnliche Wichtigkeit aufweisen, dennoch aber die „rasche Reaktion auf das Läuten“ und die „zeitgerechte Behandlung“ für die PatientInnen am wichtigsten sind. Daran ist ersichtlich, dass der Faktor „Zeit“ für die PatientInnen sehr wichtig ist

⁹ Auch hier wurden die Antwortkategorien wieder auf die drei Kategorien „wichtig“, „weder wichtig noch unwichtig“ und „unwichtig“ zusammengefasst.

und sie ein gewisses Bedürfnis haben, nicht lange auf gewisse Vorgänge warten zu müssen, wenn Hilfe bzw. Unterstützung benötigt wird (vgl. Abbildung 11).

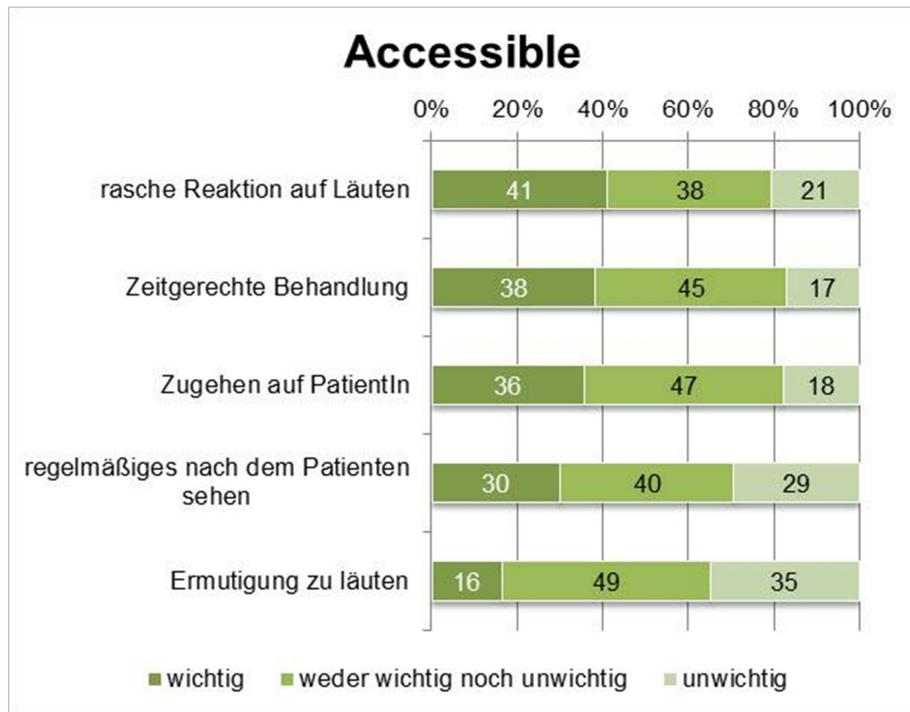


Abbildung 11: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“

Die *caring*-Dimension „Comforts“ („Wohlbefinden schaffen“) umfasst zwar nur 2 Items, trotzdem sind hier interessante Details zu erkennen. Den PatientInnen scheint es deutlich wichtiger zu sein, vom Pflegepersonal „unterstützt zu werden Positives zu sehen“. Das Schaffen von angenehmen räumlichen Bedingungen hingegen kommt hier erst an zweiter Stelle. Trotzdem zuvor beschrieben wurde, dass die rasche Versorgung den PatientInnen wichtiger ist als die emotionale Unterstützung, zeigt sich hier, dass dazu nicht unbedingt auch die angenehmen räumlichen Bedingungen zu zählen sind. Gegenteilig steht hier im Vordergrund, dass die Pflegepersonen die PatientInnen emotional unterstützen sollen (vgl. Abbildung 12: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“).

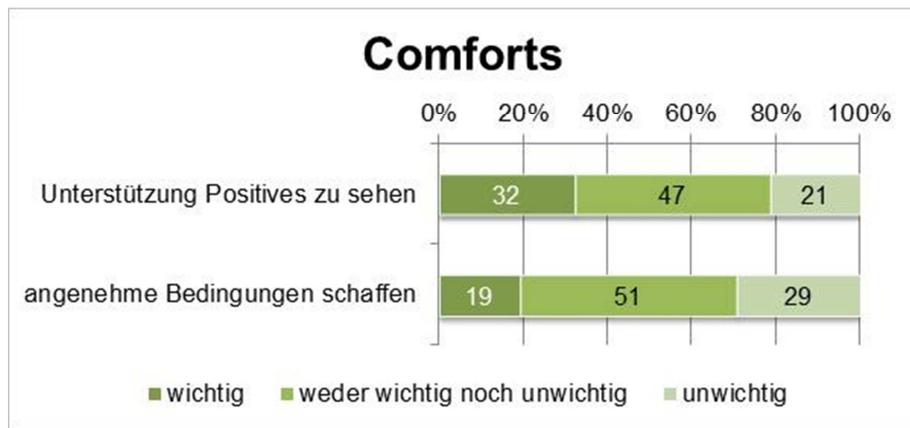


Abbildung 12: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“

Wenn es darum geht, dass die Pflegepersonen in ihrem Umgang mit den PatientInnen „vorausschauen“ sollen („Anticipates“), dann nimmt der Zeitfaktor für die PatientInnen wieder eine gewisse Wichtigkeit ein. Es ist PatientInnen wichtig, dass die Pflegepersonen wissen, wann diese belastenden Situationen ausgesetzt sind und sie auf die Behandlung bezogen zeitgerecht darauf reagieren. Hingegen wurde das Item „Wahrnehmen der Bedürfnisse“ als nicht besonders wichtig eingestuft (vgl. Abbildung 13).

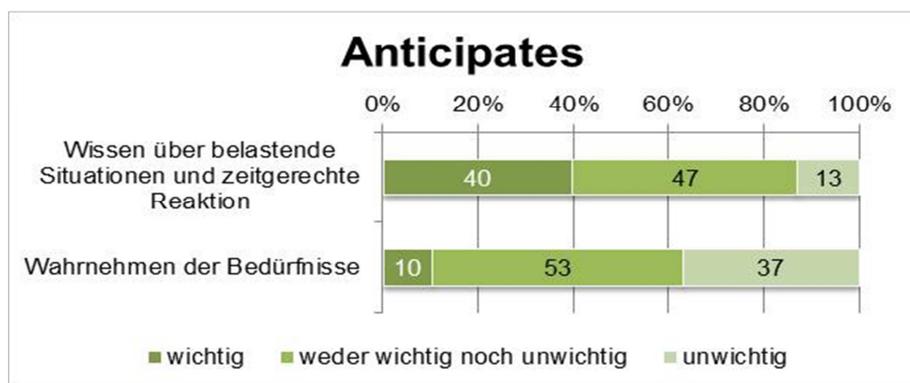


Abbildung 13: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“

Im Faktor „vertrauensvolle Beziehung“ („Trusting relationship“) sticht vor allem das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“, der „gleichbleibende herzliche und respektvolle Umgang“ und die „höchste Priorität des Patienten“ als besonders wichtig heraus. Dies zeigt, dass den PatientInnen die Beziehung zur Pflegeperson, ebenso wie ein wertschätzender Umgang mit ihnen sehr wichtig ist. Das unwichtigste *caring*-Bedürfnis in dieser Dimension, die „Bestärkung Fragen zu stellen“ wurde bereits bei

der Befragung von den PatientInnen dahingehend kommentiert, dass sie ohnehin Fragen stellen würden, wenn sie Information wünschen und daher keine Bestärkung notwendig sei (vgl. Abbildung 14).

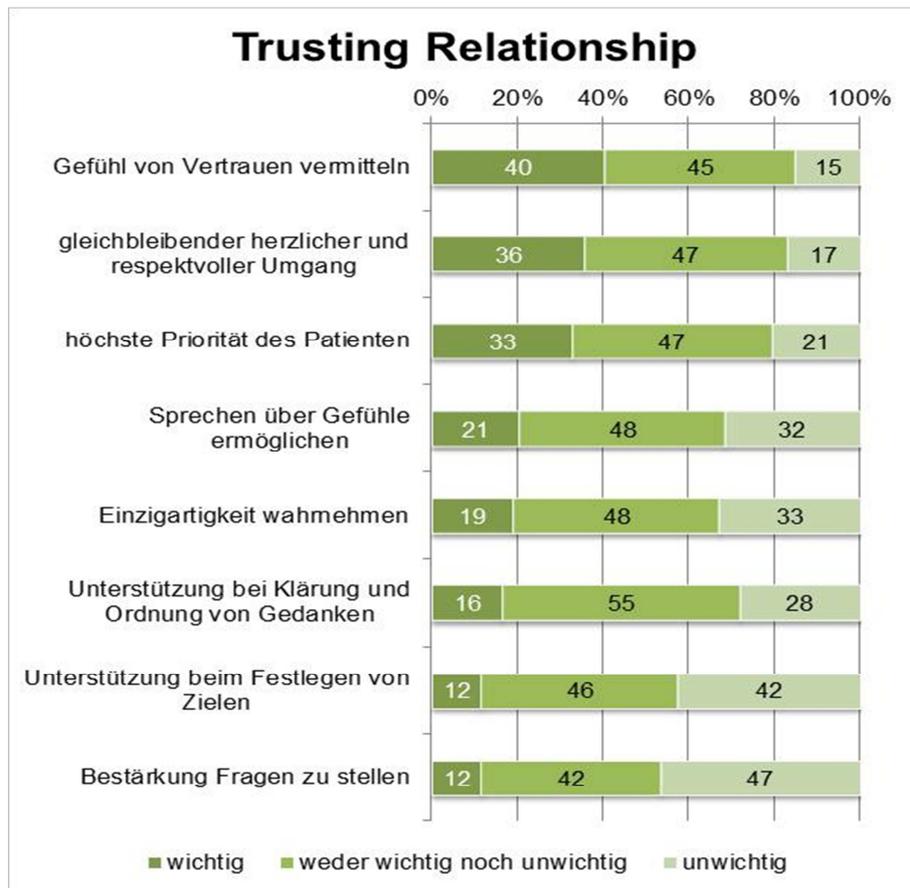


Abbildung 14: Wichtigkeit der Dimension „Trusting Relationship“

Der Faktor „Information und Förderung“ („Explains and facilitates“), der insgesamt als unwichtigster Faktor gesehen wurde, wird stark von den Items „Anbieten von Information“ und der „Erklärung pflegerischer Aspekte“ geprägt, während etwa die „Vorbereitung von Fragen für Arzt/Ärztin“ oder „Informationen über Unterstützungsangebote“ als nicht besonders wichtig bewertet werden. PatientInnen wollen somit nicht uninformiert bleiben und über Aspekte, die im Zusammenhang mit ihrer Pflege stehen, informiert werden (vgl. Abbildung 15).

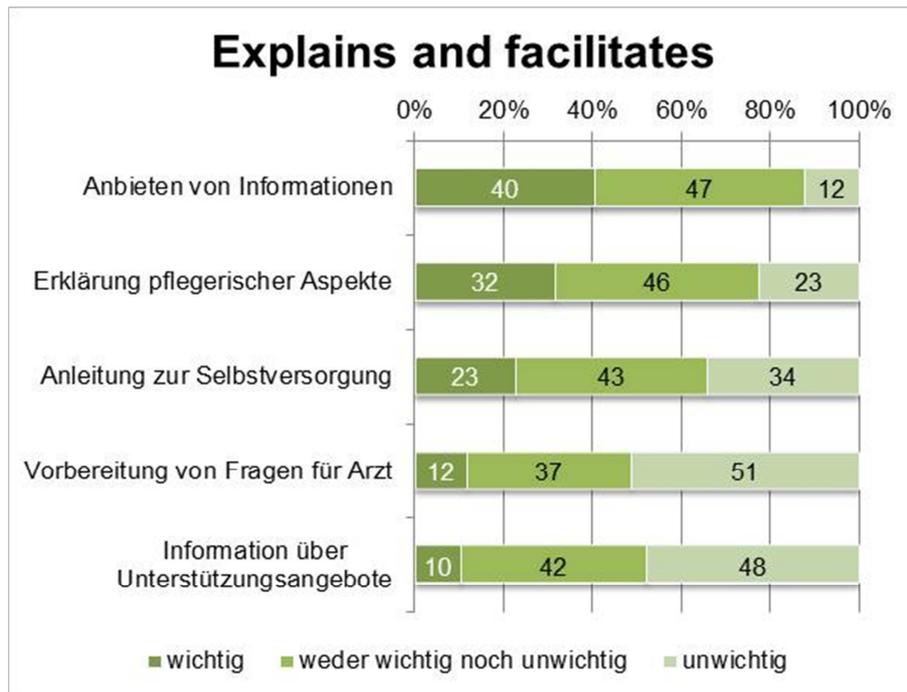


Abbildung 15: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“

4.3.5 UNTERSCHIEDE NACH SETTING

Um etwaige Unterschiede in der Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse nach Setting, also nach dem Krebsstadium, feststellen zu können, wurde zunächst eine grafische Analyse mittels Polaritätsprofilen durchgeführt, in denen die Mittelwerte der einzelnen Items aufgeteilt nach Setting dargestellt wurden. In einem zweiten Schritt wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet, die signifikante Unterschiede in der Einschätzung der Wichtigkeit, je nach Krankheitsstadium, zeigen sollen.

Betrachtet man zunächst die unten stehenden Polaritätsprofile, so erkennt man, dass die einzelnen Linien, die jeweils die Einschätzung der PatientInnen eines Settings repräsentieren, in allen Dimensionen sehr nahe beisammen liegen. Es sind zwar bei verschiedenen Items leichte Unterschiede in den Mittelwerten feststellbar, ob diese aber als bedeutend gesehen werden können, muss durch einen Signifikanztest überprüft werden.

Zur Testung von signifikanten Unterschieden zwischen der Wichtigkeit von *caring*-Bedürfnissen in den verschiedenen Settings wurde der Chi-Quadrat-Test herangezogen. Dieser zeigte jedoch ebenso, wie auch schon die grafische Analyse,

dass kaum signifikante Unterschiede zwischen den Settings festgestellt werden konnten (vgl. Tabelle 23 im Anhang).

Die angeführten Polaritätsprofile zeigen sehr schön, dass es kaum Unterschiede in den Prioritäten von *caring*-Bedürfnissen nach Setting gibt.

Der einzige signifikante Unterschied bei den Prioritäten zwischen den Settings lässt sich in der *caring*-Dimension „vertrauensvolle Beziehung“ finden (im Polaritätsprofil „vertrauensvolle Beziehung“ rot markiert). Das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“ ist PatientInnen im behandlungszentrierten Setting signifikant wichtiger als jenen befragten Personen des postoperativen und palliativen Settings.

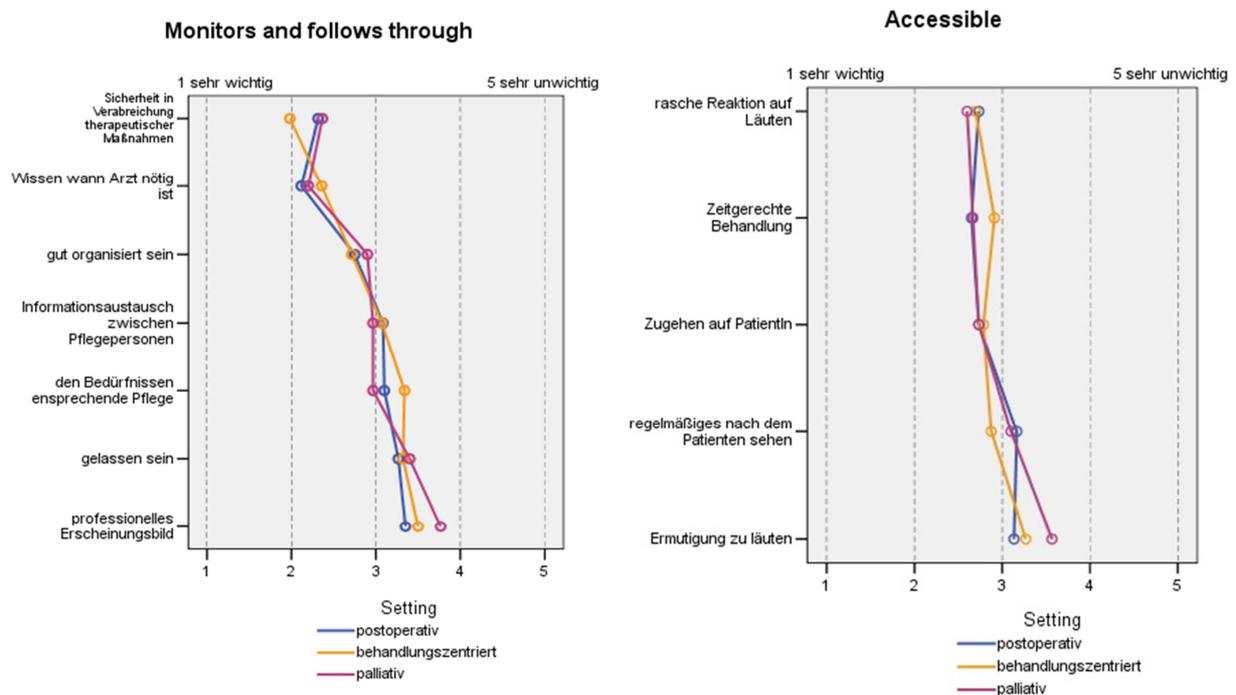


Abbildung 16: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting

Abbildung 17: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“ nach Setting

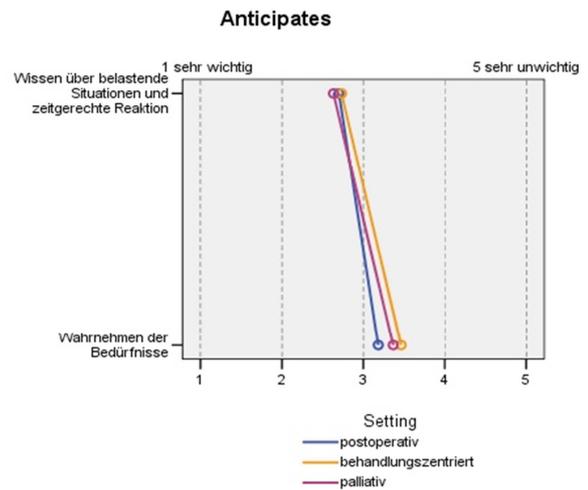
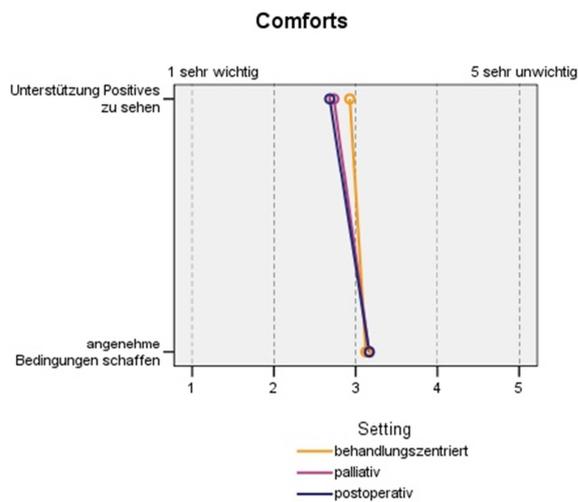


Abbildung 18: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“ nach Setting
Abbildung 19: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“ nach Setting

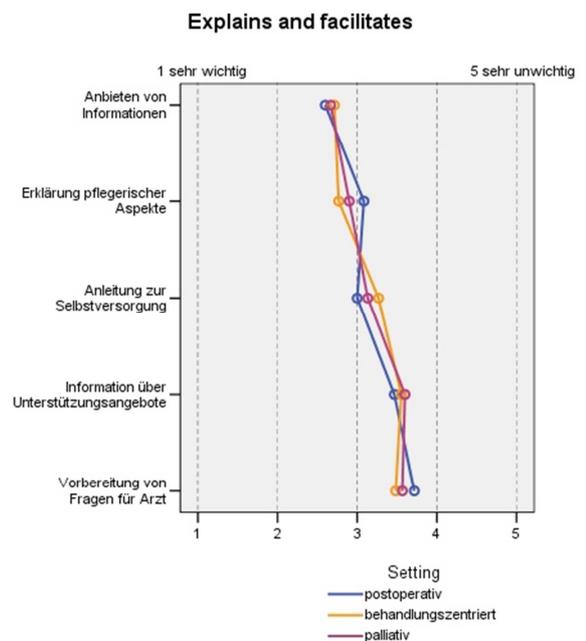
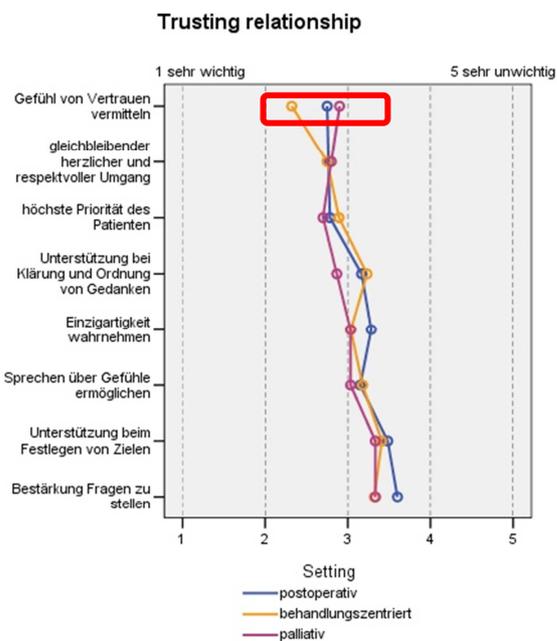


Abbildung 20: Wichtigkeit der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting
Abbildung 21: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting

Beide Analyseschritte zeigen also, dass in den unterschiedlichen Settings (postoperativ, behandlungszentriert und palliativ) ähnlich Items seitens der befragten PatientInnen als wichtig bzw. unwichtig erachtet werden. Unabhängig vom Krebsstadium und Setting scheinen die PatientInnen also eine ähnliche Einschätzung zu haben, was für sie in Bezug auf *caring* prioritär ist.

4.3.6 SIGNIFIKANTE UNTERSCHIEDE NACH SOZIALEN MERKMALEN

Auch bei den sozialen Merkmalen der Prioritätenbefragung konnten insgesamt kaum Unterschiede festgestellt werden. Trotzdem ließen sich einige wenige signifikante Unterschiede der *caring*-Bedürfnisse nach sozialen Merkmalen erkennen.

Die Zusammenhänge der 29 *caring*-Items mit dem sozialen Merkmal „Alter“, welche durch die Spearman-Korrelation berechnet wurden, ließen folgendes erkennen:

- ⇒ Je älter die PatientInnen sind, desto wichtiger ist es ihnen, dass ihre Bedürfnisse von den Pflegepersonen, wahrgenommen werden.
- ⇒ Je jünger die PatientInnen sind, desto wichtiger ist es ihnen, dass die Pflegeperson gut organisiert ist.

Bei der Berechnung des Zusammenhangs der 29 *caring*-Items mit dem sozialen Merkmal „Geschlecht“ durch den Chi-Quadrat-Test konnte folgendes festgestellt werden:

- ⇒ Frauen ist es „wichtiger“ als Männern unterstützt zu werden „trotz der schwierigen Situation positives zu sehen“.
- ⇒ Frauen ist es wichtiger „über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten informiert zu werden“.

Auch die Zusammenhänge der 29 *caring*-Items mit dem sozialen Merkmal „Bildung“ wurden mithilfe des Chi-Quadrat-Tests ermittelt und zeigen:

- ⇒ PatientInnen „mit Matura“ ist es unwichtiger „über ihre Gefühle zu sprechen“.
- ⇒ PatientInnen „mit Matura“ ist es wichtiger, dass mit Ihnen „herzlich und respektvoll umgegangen wird“, dass die Pflegepersonen ein „professionelles Erscheinungsbild“ haben und dass sie „gelassen sind“.

Die Berechnung der Zusammenhänge zwischen den 29 *caring*-Bedürfnissen und der „Aufenthaltsdauer“ der PatientInnen wurde durch die Korrelation ermittelt und präsentiert:

- ⇒ Je kürzer die PatientInnen im Krankenhaus verweilen, desto wichtiger ist es ihnen, dass „regelmäßig nach Ihnen gesehen wird“.
- ⇒ Je länger die PatientInnen im Krankenhaus sind, desto wichtiger ist es Ihnen, dass sie „beim Festlegen ihrer individuellen Ziele Unterstützung erhalten“

5 ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE

Die Prioritäten der PatientInnen liegen klar auf Items aus dem Bereich „fachliche Sicherheit“ und „Verfügbarkeit“. Die meisten Items der Dimensionen „Wohlbefinden schaffen“, „Vorausschauen“, „vertrauensvolle Beziehung“, „Information und Förderung“ werden von den PatientInnen anschließend gereiht und somit nicht als prioritär angesehen. Die Grafik (vgl. Abbildung 22) zeigt, dass für PatientInnen im allgemeinen Setting „Krankenhaus“ Aspekte der physischen Versorgung prioritär sind und somit in der Reihung der *caring*-Bedürfnisse die wichtigste Priorität einnehmen.

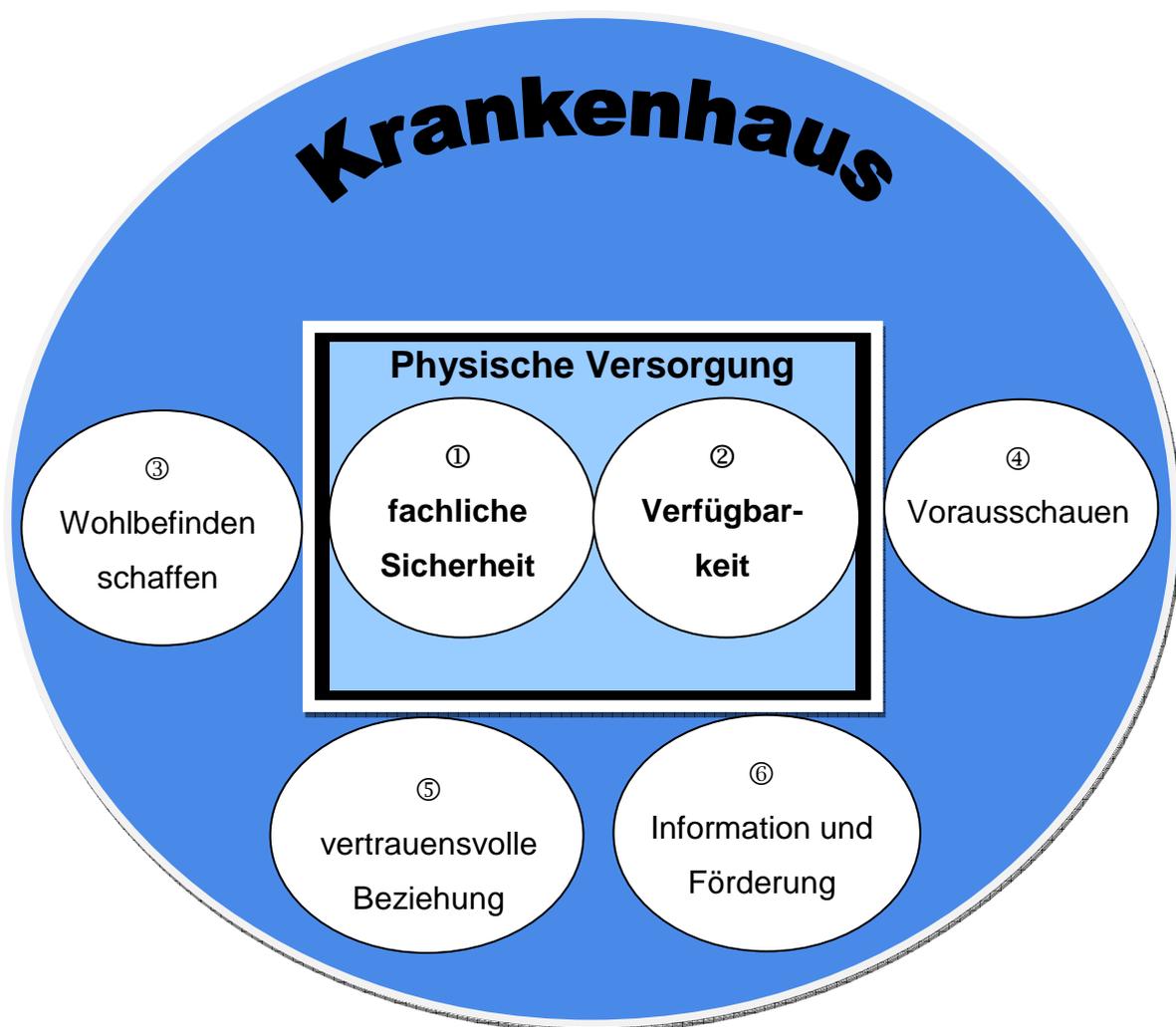


Abbildung 22: Prioritäre *caring*-Dimensionen im Setting Krankenhaus

In den *caring*-Dimensionen der Prioritäten je nach Setting lassen sich kaum Unterschiede feststellen. Somit kann gesagt werden, dass die PatientInnen ähnliche Bedürfnisse in allen Stadien einer onkologischen Erkrankung als wichtig einstufen.

Das Setting (postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) nimmt daher kaum Einfluss auf die Reihung der *caring*-Bedürfnisse.

Der einzige signifikante Unterschied bei den Prioritäten zwischen den Settings ist das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“. Die Berechnung zeigte, dass dieses *caring*-Bedürfnis für PatientInnen des behandlungszentrierten Setting signifikant wichtiger ist, als für jene PatientInnen des postoperativen und palliativen Settings.

Auch die *caring*-Bedürfnisse der PatientInnen in Anbetracht der sozialen Merkmale zeigen im Großen und Ganzen kaum Unterschiede auf. Dennoch lassen sich im Detail betrachtet kleine Unterschiede feststellen (Siehe: Signifikante Unterschiede nach sozialen Merkmalen, S. 79).

6 DISKUSSION

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, wenn PatientInnen gezwungen werden Prioritäten zu setzen, dass der Aspekt Sicherheit (fachliche Sicherheit) im Rahmen der pflegerischen Tätigkeit für PatientInnen das wichtigste *caring*-Bedürfnis darstellt und somit einen wesentlichen Faktor abbildet, um sich „umsorgt zu fühlen“. Auch Papastavrou et al. (2011) und Yuanmay et al. (2005) unterstreichen mit ihren Studien diese Erkenntnis und präsentieren ebenfalls eine höhere Einschätzung der Items innerhalb der Dimension der fachlichen Sicherheit durch onkologisch erkrankte PatientInnen (Papastavrou et al., 2011; Yuanmay et al., 2005). PatientInnen verlangen von Seiten der professionellen Pflege in erster Linie Wissen und Können, um ihnen die mögliche und individuelle fachliche Unterstützung zu gewährleisten.

Die im Rahmen einer Priorisierung als unwichtiger eingestufte *caring*-Bedürfnisse können all jene klassifiziert werden, welche „über das Notwendigste hinausgehen“. Würde man die „unwichtigsten“ mit den „wichtigsten“ *caring*-Bedürfnissen in Beziehung setzen, so lässt sich daraus schließen, dass es den PatientInnen in erster Linie um die fachliche Sicherheit (Sicherheit, sich sicher fühlen) während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus geht und die Befriedigung anderer *caring*-Bedürfnisse sich infolgedessen nachstehend reiht.

Zusammenhänge konnten auch im Hinblick auf die soziodemografischen Merkmale, wie Alter, Bildung und Aufenthaltsdauer der PatientInnen im Krankenhaus festgestellt werden.

Älteren PatientInnen scheint die *caring*-Dimension „Vorausschauen“ und so auch das Wissen und die Empathie der Pflegeperson, wann es notwendig ist zu reagieren, am wichtigsten zu sein. Aspekte wie Informationen, die Gestaltung der pflegerischen Beziehung, das Erleben einer gewissen Vertrautheit und Geborgenheit und die emotionale Unterstützung sind für PatientInnen in jenem Alter von wesentlicher Bedeutung (Posma, van Weert, Jansen, Bensing, 2009; Kleinschmidt, 2004).

Bei jüngeren PatientInnen dominiert die *caring*-Dimension „fachlichen Sicherheit“. Dies könnte damit zusammenhängen, dass bei jüngeren PatientInnen der sozialer Rückhalt eher gegeben ist (beispielsweise durch Eltern, Freunde), als bei älteren PatientInnen und somit der fachliche Aspekt der Pflegeperson primär erfüllt werden muss. Es zeigte sich, dass die Expertise von Fachkräften, wie Pflegepersonen, für sie eine wichtige Ressource darstellt (Rutten et al., 2005).

Im Vergleich zu Männern ist es Frauen wichtiger, trotz der schwierigen Situation positives zu sehen und über verfügbare Unterstützungsmöglichkeiten informiert zu werden. Dieses Ergebnis könnte sich so erklären lassen, dass Frauen und Männer oft in der Familie unterschiedliche Unterstützungsmöglichkeiten vorfinden und daher auch andere *caring*-Bedürfnisse an die Pflegepersonen haben.

Weiters zeigen Studien, dass sich vor allem jüngere Frauen (verglichen mit Männern), vermehrt nach Informationen sehnen (Engelman et al., 2005; Jefford et al., 2005; Rutten et al., 2005; Powe, Nehl, Blanchard, Finnie, 2005). Des Weiteren haben Frauen ein deutlich höheres Bedürfnis nach Informationen und psychosozialer Unterstützung als Männern (McIlmurray et al., 2001).

Im Hinblick auf das soziodemographische Merkmal Bildung kann festgemacht werden, dass PatientInnen mit einem höheren Bildungsniveau sich von den Pflegepersonen vermehrt wünschen, dass sie emotional unterstützt werden und gleichzeitig auch höhere Ansprüche an die Pflegepersonen in ihrer professionellen Rolle als Pflegende haben. Rutten (2005) belegt, dass KrebspatientInnen mit einem höheren Bildungsniveau auch vermehrt auf Informationsquellen zugreifen können, daher gebildeter sind und infolgedessen höhere fachliche Ansprüche stellen (Rutten, et al, 2005).

Der Faktor Aufenthaltsdauer der ProbandInnen zeigt, dass PatientInnen mit einer kürzeren Aufenthaltsdauer vermehrt das Bedürfnis verspüren, dass regelmäßig nach ihnen gesehen wird. Dies kann damit zusammenhängen, dass bei einem kürzeren Aufenthalt im Krankenhaus noch mehr Unsicherheit in den Krankenhausabläufen gegeben sein kann. Hingegen zeigt eine längere Aufenthaltsdauer das vermehrte Bedürfnis der PatientInnen, dass sie beim „Festlegen ihrer individuellen Ziele“ unterstützt werden. Im Laufe der Erkrankung entwickeln die PatientInnen individuelle Strategien im Umgang mit den Auswirkungen von Krankheit und Therapie (Kidd, Kearney, O'Carroll, Hubbard, 2008) und beginnen individuelle Ziele im Zusammenhang mit der Erkrankung zu formulieren und festzulegen, wobei hier die professionelle Unterstützung einen wesentlichen Part einnimmt (Shaha, Cox, Talman, Kelly, 2008).

Verglichen mit anderen Settings ließ sich bei PatientInnen und Pflegepersonen des onkologischen Settings auch eine stärkere Übereinstimmung der Prioritätenreihungen von *caring*-Bedürfnissen feststellen (Gardner et al., 2001).

Dies bestätigen auch Zamanzadeh et al. (2010) in ihrer Untersuchung und zeigen, dass die Dimensionen „Monitors and follows through“ und „Being accessible“ sowohl von PatientInnen, als auch von Pflegepersonen als wichtigste wahrgenommen werden. Dies zeigt wiederum die Wichtigkeit der Fachkompetenz, die der emotionalen Kompetenz vorangestellt wird.

Die Unterschiede nach Setting zeigen im Gegensatz zu den Erwartungen, dass es nahezu keine signifikanten Unterschiede der *caring*-Prioritäten nach dem Setting gibt, in welchem sich die PatientInnen befinden. Den einzig signifikanten Unterschied nach Setting zeigt das „Gefühl von Vertrauen vermitteln“, welches von PatientInnen des behandlungszentrierten Settings signifikant wichtiger eingestuft wird, als von PatientInnen der anderen beiden Settings.

Diese Erkenntnis wiederum widerlegt unsere Ausgangshypothese „*Caring*-Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen im Krankenhaus unterscheiden sich, je nachdem in welchem Stadium der Erkrankung (Setting - postoperativ, behandlungszentriert, palliativ) sich diese befinden“.

Dies könnte auf die Erkenntnisse zurück geführt werden, dass das Krankenhaus als Setting (als Institution) die *caring*-Bedürfnisse und somit auch die *caring*-Dimensionen der PatientInnen prägt. So spricht auch der Soziologe Erving Goffmann, dass es sich neben Gefängnissen, Kasernen, Klöstern oder Internaten auch bei Krankenhäusern um Institutionen handelt (Esser, 2000), welche spezifische Merkmale beinhalten und ein bestimmtes Verhalten der darin lebenden Individuen hervorrufen. Goffmann (1972) beschreibt die Besonderheiten und Verhaltensweisen, der in einer Institution lebenden Menschen und führt an, dass dabei eine Aufhebung der im Normalleben bestehenden Trennung von Arbeit, Privatleben und Freizeit stattfindet und es zu einem Bruch mit den alltäglichen Aufgaben kommt. Alle Alltagsaktivitäten in einer Institution sind genau geplant und unterliegen einem institutionellen Regelsystem, das kaum individuelle Anpassung zulässt, was dazu

führt, dass sich die in der Institution lebenden Menschen an die Gegebenheiten anpassen müssen. Auch sind alle Aktivitäten der Institution danach ausgerichtet die Ziele der Einrichtung zu erreichen. Menschen, welche sich in der Institution aufhalten, unterliegen einer Beschränkung des sozialen Kontaktes mit der Außenwelt. Überdies wird durch die einheitliche Kleidung, die Einschränkung der Privatheit oder des persönlichen Besitzes und der Aufnahmeverfahren auch von einem Verlust der individuellen Identität des/der Einzelnen gesprochen (Goffmann, 1972). Zudem besteht ein Abhängigkeitsverhältnis der in der Institution Verweilenden (PatientInnen) gegenüber den Angestellten, welches oftmals dazu führt, dass die eigenen Ansprüche heruntergeschraubt werden (Hanisch-Berndt, 2005). Goffman (1972) führt noch weiter aus und meint, dass die Überwachung und Kontrolle aller Handlungen zur Einschränkung der Privatsphäre der Menschen führen, welche sich in der Institution aufhalten und dass die Institution an sich es bewirken kann, dass sich die darin lebenden Individuen an die bestehenden Bedingungen anpassen. Oftmals findet ein Rückzug der Betroffenen statt und sie beteiligen sich nicht mehr an verschiedensten Interaktionsprozessen. Dies kann dazu führen, dass häufig eine Verweigerung der Zusammenarbeit mit den Angestellten (Pflegepersonen) stattfindet. Eine weitere Auswirkung ist das Interesse der in der Institution Lebenden, so lange wie möglich in der Einrichtung bleiben zu können und dabei die Rolle des perfekten „Insassen“ gespielt wird (Goffman, 1972).

Rückblickend können so auch Verknüpfungen der oben angeführten Punkte mit der Befragung hergestellt werden. Geradezu das Abhängigkeitsverhältnis zur Pflegeperson machte sich im Erhebungsprozess bemerkbar. Einige PatientInnen forderten quasi nach der Befragung eine nochmalige mündliche Bestätigung, dass die Befragung keinerlei Auswirkung auf die Qualität ihrer Pflege während des Krankenhausaufenthalts hat. Dies bestätigt wiederum die Aussage, dass sich die PatientInnen in einer konkreten Ausnahmesituation befinden und sie durch das Krankenhaus als Institution einer gewissen Beeinflussung unterliegen, welches ihre Bedürfnisse in einer gewissen Art und Weise prägt.

Auch der Prozess der Befragung lieferte einige Interessante Erkenntnisse, die zur weiteren Diskussion anregen sollen. So gaben PatientInnen bei der Befragung an, dass sie mit gewissen Items (*caring*-Bedürfnissen) im Laufe ihrer Patientenkarriere

nicht konfrontiert wurden, folglich diese für sie nicht relevant bzw. existent waren und daher der Kategorie „unwichtig“ zugeordnet wurden. Dabei gilt es der Frage nachzugehen, ob die fehlende Konfrontation und auch die „nicht-Erfüllung“ gewisser *caring*-Bedürfnisse eine „tatsächliche Unwichtigkeit“ widerspiegelt und ein in-Kontakt-treten bzw. eine Erfüllung zu anderen Ergebnissen geführt hätte.

Besonders hervorzuheben ist, dass das Konstrukt „*caring*-Bedürfnisse“ für die Zielgruppe onkologischer PatientInnen nahezu in jedem Setting identisch ist (Yuanmay et al., 2005; Papastavrou et al., 2011) und dadurch eine ganzheitliche onkologische *caring*-Bedürfniserfüllung im Vordergrund stehen sollte.

Im Allgemeinen kann gesagt werden, dass sich die CARE-Q zur Erforschung eines so komplexen Konstrukts wie *caring* eignet. Weiters zeigte sich, dass sich durch den Einsatz der Q-Sort Methode Prioritäten bzw. Schwerpunkte von *caring*-Bedürfnissen sehr gut festmachen lassen.

Abschließend und aufgrund der Auffassung des „Krankenhauses als Setting“ bzw. Institution, welches die *caring*-Bedürfnisse der PatientInnen auf eine gewisse Art und Weise als Ganzes und unabhängig vom Setting prägt, stellt sich die Frage, ob eine settingspezifische Erhebung überhaupt als sinnvoll erachtet werden kann. Daher sollte sich in zukünftige Studien vorab die Frage gestellt werden, ob eine settingspezifische Erhebung von *caring*-Prioritäten überhaupt zielführend ist.

Tatsache ist, dass fachliche Fertigkeiten ebenso Teil professioneller Pflege sind wie fürsorgliche Tätigkeiten und sie den Inhalt des *caring*-Konzeptes abbilden (Watson, 2009). Folglich darf *caring* nicht als ein eindimensionales Phänomen betrachtet werden, sondern vielmehr als ein Konstrukt, welches aus mehreren Teilkomponenten besteht und sowohl eine fachliche Kompetenz, als auch eine fürsorgliche Haltung beinhalten sollte (Finfgeld-Connett, 2008).

7 GRENZEN DER STUDIE

Grundsätzlich bildet die CARE-Q die wesentlichen Dimensionen von *caring* ab, dennoch hat sich aber auch in dieser Arbeit die Grenze der Quantifizierung und Messung eines so komplexen Themengebietes wie *caring* gezeigt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie können sich nicht verallgemeinern lassen, da es sich um eine relativ kleine Stichprobe handelt, die aus einem einzigen Krankenhaus gezogen wurde. Auch bei Vergleichen innerhalb der Settings sollte die Stichprobengröße beachtet werden, besonders im palliativen Setting (n=30).

Da sich die Befragung mittels der Q-Sort Methode als sehr komplex erwies, mussten PatientInnen mit mangelnden Deutschkenntnissen aus der Studie ausgeschlossen werden. Die Befragungen im Feld gestalteten sich sowohl für die Forscherin, als auch für die PatientInnen oftmals als sehr zeitintensiv. Auch muss davon ausgegangen werden, dass die Anwendung der Q-Methode wesentlich mehr Zeit in Anspruch nimmt, als andere klassische Fragebogenuntersuchungen (Haupt, 2004). Die ausführliche und nachvollziehbare Erklärung und die Durchführung der Befragung mittels der Q-Sort Methode wurde von den PatientInnen teilweise als kräfteraubend und anstrengend empfunden. Gerade PatientInnen des palliativen Settings fühlten sich oftmals überfordert und ersuchten um den Abbruch der Befragung.

Einen weiteren Kritikpunkt stellt die Tatsache dar, dass die PatientInnen nur eine gewisse Kärtchenanzahl den Antwortboxen zuordnen durften, somit unterlagen die Ergebnisse einer gewissen Beeinflussung. Würde man die PatientInnen bei ihrer Reihung jedoch zu keiner Entscheidung „zwingen“, so zeigt sich, dass die *caring*-Bedürfnisse (Kärtchen) nahezu alle als „sehr wichtig“ klassifiziert werden würden (von Larson, 2003). Eine wichtige Rolle bei der Q-Sort Methode und der Zuordnung der *caring*-Kärtchen spielte damit auch die Forscherin. Ihre Aufgabe war es, die richtige Balance zwischen Beeinflussung und Selbstbestimmung der Befragten zu gewährleisten.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass es durch die Vorgabe der Kartenverteilung zu einem Informationsverlust kommen kann, wenn für die ProbandInnen die erforderliche Verteilung der Karten nicht die tatsächlich zutreffende ist (Block zitiert nach Haupt, 2004, 135), sondern diese quasi als Ergebnis der vorgegebenen Reihung durch die Q-Sort Methode verstanden werden kann.

Weiters zeigte sich bei der Befragung, genauer gesagt bei der Zuordnung der Kärtchen, dass die PatientInnen einige Items nicht objektiv zuordnen konnten und daher die Ansicht vertraten, dass dies für die Pflegepersonen ohnehin nicht möglich sei. Bei gewissen Items, welche für die PatientInnen nicht deutlich bzw. klar genug formuliert waren, wurde nachgefragt, was unter diesem Statement genau verstanden werden kann. So führen auch von Essen & Sjöden (1991) an, dass einige der *caring*-Items zu unpräzise formuliert sind und daher einen großen Spielraum für Interpretationen zulassen, die sich wiederum gruppenspezifisch unterscheiden können.

8 FORSCHUNGSAUSBLICK

Die Auswertung der Befragungen ergab aussagekräftige und signifikante Ergebnisse, wodurch sich folgende weitere Forschungsfragen eröffneten:

- Warum ist fachliche Kompetenz (Erfüllung der physischen Bedürfnisse) wichtiger als emotionale Unterstützung (Erfüllung der psychischen Bedürfnisse)? – qualitative Studie
- Beeinflusst eine offensichtliche Erfüllung bestimmter *caring*-Bedürfnisse die Wichtigkeit dieser?
- Führt die „Selbstverständlichkeit“ bzw. „Unrealisierbarkeit“ mancher *caring*-Bedürfnisse zu einer Abschwächung in der Wichtigkeit?“

Um PatientInnen mit nicht deutscher Muttersprache nicht aus der Studie ausschließen zu müssen wäre eine Übersetzung des Instrumentes in verschiedenste Sprachen sehr zielführend. Ein weiterer Fokus einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung könnte auf die Q-Sort Methodik gelegt werden und in Folge darauf der Frage nachgegangen werden, ob onkologische PatientInnen wirklich die geeignete Zielgruppe für diese (doch sehr komplexe) Befragung darstellen.

Um den Forschungsfokus auszuweiten und eventuell mit den vorhandenen Ergebnissen dieser Studie in Verbindung zu setzen, wäre eine Durchführung der Erhebung von *caring*-Prioritäten in einem anderen Setting (Pflegeheim-Langzeitpflege) durch folgende Forschungsfrage ebenfalls sehr sinnvoll:

- Welche *caring*-Bedürfnisse haben Menschen in anderen Settings als dem Krankenhaus? (z.B. Vergleich mit Pflegeheim)

III. ANHANG

a) LITERATUR

- Beck, C. T. (1999). Quantitative Measurement of Caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 24-32.
- Benner, P. & Wrubel, J. (1997). Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Verlag Hans Huber.
- Block J. (1978). The Q-sortmethod in personality assessment and psychiatric research. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Chipman, Y.(1991). Caring: It's meaning and place in the practice of nursing. *Journal of Nursing Education*, 30(4), 171-175.
- Christopher, K. & Hegedus, K. (2000).Oncology patient´s and oncology nurses´ perceptions of nurse caring behaviors.*European Journal of Oncology Nursing*, 4(4), 196-204.
- Dunlop, M. (1986). Is a science of caring possible? *Journal of Advanced Nursing*, 11, 661-670.
- Engelman, K., Perpich, D., Peterson, S., Hall, M., Ellerbeck, E., Stanton, A. (2005). Cancer information needs in rural areas. *Journal of Health & Communication*, 10(3), 199-208.
- Esser, H. (2000). Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen. Frankfurt/New York: Campus.
- Felgen, J. (2003). Caring. Core value, currency, and commodity... is it time to get tough about "soft"? *Nursing administration quarterly*, 27(3), 208-214.
- Fingeld-Connett, D. (2008). Meta-Synthesis of caring in nursing.*Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 196-204.
- Garcia, M., Jemal, A., Ward, E., Center, M., Hao, Y., Siegel, R., Thun, M. (2007). Global Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society.

- Gardner, A., Goodsell, J., Duggan, T., Murhta, B., Peck, C. & Williams, J (2001). "Don't Call Me Sweetie!" Patients differ from nurses in their perceptions of caring. *Collegian* 8(3), 32-38
- Gastmans, C., Dierckx de Casterlé, B., Schotsmans, P. (1998). Nursing considered as a moral practice: a philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 8, 43-69.
- George, J. (1995). *Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main: suhrkamp.
- Hanisch-Berndt, J., Göritz, M (2005). *Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe*. Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Haupt T. (2004). *Persönlichkeitstyp und Stresserleben*. Dissertation. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Holenstein, H. et al. (1996). *Sich sorgen für andere. Kaderschule für die Krankenpflege SRK*. Aarau: Seperatum.
- Huggins, N., Gandy, W., Kohut, C. (1993). Emergency department patients' perception of nurse caring behaviors. *Heart & Lung*, 22(4), 356-364.
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S., Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1300-1308.
- Jefford, M., Black, C., Grogan, S., Yeoman, G., White, V., & Akkerman, D. (2005). Information and support needs of callers to the Cancer Helpline, the Cancer Council Victoria. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 14(2), 113-123.
- Kelly, D. (1998). Caring and cancer nursing: framing the reality using selected social science theory. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 728-736.

- Kessler, U. (2000). Bedürfnisse des Patienten. In Mayer, H. (Hrsg.), *Pflegeforschung – Aus der Praxis für die Praxis. Band 1: Qualitative Forschungsarbeiten aus dem Berufsfeld Pflege* (S. 21-44). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Khademian, Z., Vizeshfar, F. (2008). Nursing student's perceptions of the importance of caring behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 456-462.
- Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 469-477.
- Kirkevold, M. (1996). *Pflege-theorien. Aus dem Norweg. übers. von Christa Pleyer.* München, Wien, Baltimore: Urban & Fischer Verlag.
- Kipp, K. (2001). Implementing Nursing Caring Standards in the Emergency Department. *Journal of Nursing Administration*, 31(2), 85-90.
- Kleinschmidt, H. (2004). *Pflege und Selbstbestimmung. Pflegerische Interaktionen und ihre aktive Mitgestaltung durch den Patienten. Reihe Pflegewissenschaft. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.).* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.
- Komorita, N., Doehring, K., Hirschert, P. (1991). Perceptions of caring by nurse educators. *Journal of Nursing Education*, 30(1), 23-29.
- Kristiansen, L., Hellze, O., Aspl, K. (2006). Swedish assistant nurses' experiences of job satisfaction when caring for persons suffering from dementia and behavioural disturbances. An interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1, 245-256.
- Kyle, T. (1995). The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21(3), 506-514.
- Larsson, G., Peterson Widmark, V., Lampic, C., von Essen, L., Sjöden, P.-O. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 855-864.

- Larson, P. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 11(6), 46-50.
- Larson, P. (1986). Cancer nurses' perceptions of caring. *Cancer Nursing*, 9(2), 86-91.
- Larson, P. (1987). Comparison of cancer patients & professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 16(2), 187-192.
- Larson, P., Ferketich, S. (1993). Patients' Satisfaction With Nurses' Caring During Hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 690-707.
- Lea, A., Watson, R., Deary, I. (1998). Caring in nursing: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 662-671.
- Lee, M., Larson, P., Holzemer, W. (2006). Psychometric evaluation of the modified CARE-Q among Chinese nurses in Taiwan. *International Journal for Human Caring*, 10(4), 8-13.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
- Liu, J., Mok, E., Wong, T. (2005). Caring in Nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 188-196.
- Mangold, A. (1991). Senior nursing students' & professional nurses' perceptions of effective caring behaviors: A comparative study. *Journal of Nursing Education*, 30(3), 134-139.
- Marriner-Tomey, A. (1992). *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel: Recom Verlag.
- Mayer, D. (1987). Oncology nurses vs cancer patients' perceptions of nurse caring behaviors: A replication study. *Oncology Nursing Forum*, 14(3), 48-52.

- Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung. 5. aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas.
- Marckmann, G., Meran, J.G. (Hrsg.).(2007). Ethische Aspekte der onkologischen Forschung. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- McCance, T., Slater, P., McCormack, B. (2008).Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing.*Journal of Clinical Nursing*, 18, 409-417.
- McIlmurray, M., Thomas, C., Francis, B., Morris, S., Soothill, K., Al-Hamad, A.(2001). The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 10(4), 261-269.
- McNamara, S. (1995). Perioperative nurses'perceptions of caring practices.*Association of Operating Room Nursing Journal*, 61(2), 377-388.
- Meleis, A. (1999). Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Brock. Bern; Göttingen;Toronto; Seattle: Verlag Hans Huber.
- Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., Johnson, J. (1990).Concepts of caring and caring as a concept.*Advanced Nursing Science*, 13(1), 1-14.
- Morrison, P. (1991). The caring attitude in nursing practice: a repertory grid study of trained nurses' perceptions. *Nurse Education Today*, 11, 3-12.
- Müller F., Kals E. (2004). Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen. Forum Qualitative Sozialforschung. *Qualitative Social Research*, 5(2). Zugriff am 19.10.2011 unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0402347>
- Papastavrou, E.; Efstathiou, G.; Charalambous, A. (2011).Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1191-1205.
- Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. *Journal of Clinical Nursing*, 8(5), 487-495.

- Perini, C., Stauffer, Y., Grunder, M., Gandon, M., Dätwyler, B., Hantikainen, V. (2006). Die Bedeutung von Caring aus der Sicht von Patienten mit chronischen Wunden bei Peripher Arteriellen Verschlusskrankheiten. *Pflege*, 19(6), 345-355.
- Posma, E., Van Weert, J., Jesse, J., Bensing, J. (2009). Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing*, 8(1), 1-15.
- Powe, B., Nehl, E., Blanchard, C., Finnie, R. (2005). Meeting the public's cancer information needs: characteristics of callers to the National Cancer Information Center of the American Cancer Society. *Journal of Cancer Education*, 20(3), 177-182.
- Raithel, J. (2008). Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rchaidia, L., Dierckx de Casterlé, B., de Blaeser, L., Gastmans, C. (2009). Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 16(5), 528-542.
- Rosenthal, K. (1992). Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 21(6), 536-539.
- Rudolfsson, G., von Post, I., Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 905-915.
- Rutten, L., Arora, N., Bakos, A., Aziz, N., Rowland, J. (2005). Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). *Patient Educ Couns*, 57(3), 250-261.
- Schaeffer, D., Moers, M., Steppe, H., Meleis, A. (Hrsg.). (2007). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schmid-Büchi, S. (2001). Wie schätzen Patientinnen und Patienten Caring ein. *Pflege*, 14(3), 152-160.

- Schnepp, W. (1996). Pflegekundige Sorge. *Pflege & Gesellschaft*, 2, 13-16.
- Shaha, M, Cox, C., Talman, K., Kelly, D. (2008). Uncertainty in breast, prostate, and colorectal cancer: implications for supportive care. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 60-67.
- Smith, M. (1997). Nurses' and patients' perceptions of most important caring behaviors in a long term care setting. *Geriatric Nursing*, 18(2), 70-73.
- Statistik Austria (Hrsg.).(2009). Statistisches Jahrbuch Österreichs - Gesundheit. Wien. Zugriff am 23. April 2011 unter http://www.statistik.at/web_de/static/gesundheit_stat_jahrbuch_034544.pdf
- Stemmer, R. (2003). Zum Verhältnis von professioneller Pflege und professioneller Sorge. In DV Pflegewissenschaft (Hrsg.), Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen (S. 43-62). Frankfurt am Main: Marbuse.
- Steppe, H. (1991). Pflegemodelle in der Praxis. 7. Folge: Ernestine Wiedenbach – die helfende Kunst der klinischen Krankenpflege. *Die Schwester/der Pfleger*, 30(6), 507-512.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Tuckett, A., Hughes, K., Schluter, P., Turner, C. (2008). Validation of CARE-Q in residential aged-care: rating of importance of caring behaviours from an e-cohort sub-study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1501-1509.
- Von Essen, L., Sjöden, P. (1991). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267-281.
- Von Essen, L. & Sjoden, P.O. (1991b). Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1363-1374.

- Von Essen, L., Sjöden, P. (1993). Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff with comparisons to somatically-ill samples. *Research in Nursing & Health*, 16, 293-303.
- Von Essen, L., Sjöden, P. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-497.
- Walker, L., Avant, K. (1998). *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing Beyond*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. Second Edition. New York: Springer Publishing Company.
- Watson, R., Deary, I., Lea, A. (1999). A longitudinal study into the perceptions of caring among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1080-1089.
- Widmark-Petersson, V., von Essen, L., Lindman, E., Sjöden, P.-O. (1996). Cancer patient and staff perceptions of caring vs clinical care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10(4), 227-233.
- Wild, D. (2005): Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Health Value*, 8(2), S. 94-104.
- Yuanmay, C., Ya-Ping, L., Hsiu-Ju, C., Chia-Chin, L. (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviors: relationship to level of pain intensity. *Cancer Nursing*, 28(5), 331-339.
- Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R. & Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviours. *BMC Nursing* 9(10), 1-9.

Zellhofer, H. (2009). Leben mit Krebs – Fokus der Pflegewissenschaft. In Mayer, H. (Hg.) Pflegewissenschaft-von der Ausnahme zur Normalität, Ein Beitrag zur inhaltlichen und methodischen Standortbestimmung, Schriftenreihe Pflegewissenschaft. Wien: Facultas.

b) ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Krebsinzidenz in Österreich seit 1983	1
Abbildung 2: Darstellung der Q-Sort Befragung	47
Abbildung 3: Übersicht beteiligte Station nach Setting	49
Abbildung 4: Die „wichtigsten“ <i>caring</i> -Bedürfnisse	65
Abbildung 5: Die „unwichtigsten“ <i>caring</i> -Bedürfnisse	66
Abbildung 6: Wichtigste <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Setting (postoperativ).....	68
Abbildung 7: Wichtigste <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Setting (behandlungszentriert)....	69
Abbildung 8: Wichtigste <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Setting (palliativ)	70
Abbildung 9: Prioritäten der <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Dimension.....	71
Abbildung 10: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“	72
Abbildung 11: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“	73
Abbildung 12: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“	74
Abbildung 13: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“	74
Abbildung 14: Wichtigkeit der Dimension „Trusting Relationship“	75
Abbildung 15: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“.....	76
Abbildung 16: Wichtigkeit der Dimension „Monitors and follows through“ nach Setting	77
Abbildung 17: Wichtigkeit der Dimension „Accessible“ nach Setting	77
Abbildung 18: Wichtigkeit der Dimension „Comforts“ nach Setting.....	78
Abbildung 19: Wichtigkeit der Dimension „Anticipates“ nach Setting.....	78
Abbildung 20: Wichtigkeit der Dimension „Trusting relationship“ nach Setting.....	78
Abbildung 21: Wichtigkeit der Dimension „Explains and facilitates“ nach Setting.....	78
Abbildung 22: Prioritäre <i>caring</i> -Dimensionen im Setting Krankenhaus	80

c) TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: <i>Caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258)	32
Tabelle 2: Adaptionprozess des Erhebungsinstrumentes (Originale CARE-Q / gekürzte und modifizierte Version / eingesetztes Erhebungsinstrument).....	45
Tabelle 3: Übersicht Dimensionen von <i>caring</i> -Bedürfnissen mit dazugehörigen Items (adaptiert nach Watson, 2009).....	46
Tabelle 4: Zuordnung nach Q-Sort	58
Tabelle 5: Zuordnung Q-Sort aufgeteilt nach Setting.....	59
Tabelle 6: Überblick der soziodemographischen Merkmale	60
Tabelle 7: Soziale Merkmale (Krankheit).....	62
Tabelle 8: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 1.....	103
Tabelle 9: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 2.....	104
Tabelle 10: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 3.....	105
Tabelle 11: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 4.....	106
Tabelle 12: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 5.....	107
Tabelle 13: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 6.....	108
Tabelle 14: Übersicht der <i>caring</i> -Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 7.....	109
Tabelle 15: Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse postoperatives Setting	111
Tabelle 16: Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting	112
Tabelle 17: Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse palliatives Setting.....	113
Tabelle 18: Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Geschlecht	114
Tabelle 19: Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Alter	115
Tabelle 20: Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse nach Bildung.....	116
Tabelle 21: Korrelation Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse	117
Tabelle 22: Faktoranalyse Wichtigkeit der <i>caring</i> -Bedürfnisse	118
Tabelle 23: Übersicht Signifikanztests Q-Fragen nach Setting.....	119

d) ÜBERSICHT DER CARING-MESSINSTRUMENTE

	Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort (CARE – Q)	Care Satisfaction Questionnaire (CARE/SAT)	Caring Behaviours of Nurses Scale (CBNS)
Autor(en)	LARSON (1986)	LARSON & FERKETICH (1993)	HINDS (1988)
Land	USA	USA	USA
Theoriebezug	Kein Theoriebezug – Bezug auf 2 Studien (Delphi-Umfrage bei PP und eine PatientInnenstudie)	Kein Theoriebezug – Weiterentwicklung der 50 Items von CARE-Q	Paterson and Zderad's humanistic nursing theory
Verständnis von Caring	Nurse <i>caring</i> : "intent is to create a subjective sense of feeling cared for the patient " Das Gefühl 'umsorgt zu werden' erzeugt beim Patienten ein Gefühl von Wohlbefinden und Sicherheit	Bewusste Handlungen, die körperliche Pflege und emotionale Anliegen miteinbeziehen und ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in einem Anderen fördern	<i>Caring</i> Verhalten ist die Verbindung zielgerichteter Pflegehandlungen und Haltungen, die darauf abzielen, -unnötige Beschwerden (Schmerzen) zu lindern und voraussichtliche Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen - das Interesse/Anliegen für das Wohlergehen des Patienten zu vermitteln - mit dem Patienten zu kommunizieren und ihm fachliche Kompetenz zu vermitteln
Was testet die Skala?	<i>Caring</i> Verhalten (wichtig wahrgenommene <i>caring</i> -Handlungen) Befragte Personen: PatientInnen und PP	Zufriedenheit mit dem <i>caring</i> Verhalten („satisfactory with <i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen	<i>Caring</i> Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen
Wie viele Items?	50	71 (50 Items von Care-Q + 21 zusätzliche Items)	22
Art der Skalierung	Q-Sort (50 Kärtchen mit Fragen)	VAS (visual analogue scale)	VAS (visual analogue scale)
Reliabilitäts- und Validitätstestung Ist das Instrument reliable / valide?	<u>Reliabilitätstestung</u> : Test-Retest Reliabilität <u>Validitätstestung</u> : keine Angabe <u>Reliabel/valide?</u> Test-Retest Ergebnis bei einer Stichprobe von 82 PP 79% (5 wichtigsten <i>caring</i> -Items) und 63% (bei den fünf unwichtigsten Items)	<u>Reliabilitätstestung</u> : vorhanden-Faktorenanalyse <u>Validitätstestung</u> : Vorhanden (Konstruktionsvalidität) <u>Reliabel/valide?</u> Cronbach's alpha fort he total CARE/SAT was 0,94	<u>Reliabilitätstestung</u> : Befragung von 25 Jugendlichen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten <u>Validitätstestung</u> : Keine Angabe <u>Reliabel/valide?</u> Cronbach's alpha betrug 0,86 bei beiden Befragungsterminen
Einsatz	-psychiatrische PatientInnen und PP; - Pflegeheim - Herzstationen - Rehabilitation - Hauskrankenpflege - Onkologie - Krankenpflegeschüler	Durch die Verwendung des Instruments, mittels Befragung von 26 Stationsschwestern, konnte Andrews et al. (1996) die fünf höchsten bzw. niedrigsten gereihten <i>caring</i> -Handlungen ermitteln.	Keine Angabe im Artikel

Tabelle 8: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 1

	Caring Behaviour Checklist (CBC)	Client Perception of Caring Scale (CPCS)	Caring Behaviours Assessment Tool (CBA)	Caring Behaviours Inventory (CBI)
Autor(en)	McDANIEL (1990)	McDANIEL (1990)	CRONIN & HARRISON (1988)	WOLF et al. (1994)
Land	USA	USA	USA	USA (Philadelphia)
Theoriebezug	Keine Angabe	Keine Angabe	Watson´s Theory of human care	Watson´s Theory of human care
Verständnis von Caring	<i>Caring</i> ist der Einsatz eigener Ressourcen in einen Anderen, um dessen Wohlbefinden zu fördern.	<i>Caring</i> ist der Einsatz eigener Ressourcen in einen anderen, um dessen Wohlbefinden zu fördern.	<i>Caring</i> ist ein Prozess, in welchem die PP Verantwortung für einen Anderen übernimmt, seine Gefühle wahrnimmt und ihn gesondert von der Allgemeinheit betrachtet	Nurse <i>caring</i> ist ein interaktiver/intersubjektiver Prozess, der in Momenten der gemeinsamen Verletzlichkeit zwischen PP und Patienten auftritt – dies kann sowohl selbst- als auch fremdgesteuert sein
Was testet die Skala?	<i>Caring</i> Verhalten (<i>caring</i> behaviours) An- bzw. Abwesenheit von spezifischen Handlungen	Reaktion der PatientInnen auf die „ <i>caring</i> behaviours“ Befragte Personen: PatientInnen	<i>Caring</i> Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen	<i>Caring</i> Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen: PatientInnen und PP
Wie viele Items?	12	10	61	75 Items (ursprünglich/original) wurden von WOLF et al. auf 43 Items reduziert
Art der Skalierung	Checklist (Skalierung 0-12)	Likert (6-teilige Skalierung)	7 Subskalen; Likert Skalierung (5-teilig)	Likert Skalierung (4-teilig)
Reliabilitäts- und Validitätstestung ist das Instrument reliable / valide?	<u>Reliabilitätstestung:</u> Vorhanden - gemessen mittels 21 Beobachtungen (student-patient interactions) <u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität (Content Validity) mittels Expertenmeinung /Konstruktionsvalidität <u>Reliabel/valide?</u> <i>Inhaltsvalidität:</i> CBC=0,8; CPCS=1,00 <i>Reliabilität:</i> CBC=0,92 und interne Reliabilität CPCS=0,81	<u>Reliabilitätstestung:</u> Vorhanden - gemessen mittels 21 Beobachtungen (student-patient interactions) <u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität (Content Validity) mittels Expertenmeinung /Konstruktionsvalidität <u>Reliabel/valide?</u> <i>Inhaltsvalidität:</i> CBC=0,8; CPCS=1,00 <i>Reliabilität:</i> CBC=0,92 und interne Reliabilität CPCS=0,81	<u>Reliabilitätstestung:</u> Testung mittels 288 ambulanter Patienten einer Notaufnahme <u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität wurde mittels 4 ExpertInnen, welche mit Watson´s Theory vertraut sind, überprüft <u>Reliabel/valide?</u> Cronbach´s Alpha reliability (Werte zw. 0,66 und 0,90) – siehe Tabelle 4 im Text	<u>Reliabilitätstestung:</u> Test-Retest Reliabilität / Interne Reliabilität <u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität mittels Expertenbefragung / Konstruktionsvalidität <u>Reliabel/valide?</u> Test-Retest Reliabilität (Stichprobe 278 PP) r=0,96; Interne Reliabilität (Stichprobe 278 PP und 263 PatientInnen) r=0,96
Einsatz	Kein Einsatz des Instrumentes in einer Studie	Kein Einsatz des Instrumentes in einer Studie	Messung des <i>caring</i> -Verhaltens bei 19 chirurgischen PatientInnen bzw. 46 Aids /HIV-infizierten Erwachsenen	Andrews et al. (1996): Ausfüllen des CBI durch 26 Stationsschwestern

Tabelle 9: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 2

	Caring Dimensions Inventory (CDI)	Holistic Caring Inventory (HCI)	Caring Ability Inventory (CAI)	Relational Caring Questionnaires
Autor(en)	WATSON & LEA (1997)	LATHAM (1988)	NKONGHO (1990)	RAY & TURKEL (2000, 2005, 2007)
Land	Schottland/Kanada	USA	USA	USA
Theoriebezug	Keine Angabe	Howard's humanistic theory from psychology	Mayeroff's philosophy.	Turkel and Ray's relational caring complexity theory
Verständnis von Caring	„no specific one identified“	<i>Caring</i> basiert auf dem „Humanistic Caring Model“. <i>Caring</i> berücksichtigt Wahrnehmungseinflüsse (Bedürfnis des Patienten nach kognitiver Verhaltenskontrolle und nach Niveau der Selbstachtung)	„Caring Ability“:Basiert auf Mayeroff's Definition von <i>caring</i> und beschreibt es als die Fähigkeit einem Anderen bei seinem Wachstum und seiner Verwirklichung zu unterstützen. Es ist ein Prozess, ein gemeinsamer Weg welcher Entwicklung miteinschließt.	Keine Angabe
Was testet die Skala?	<i>Caring</i> Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen:PP	<i>Caring</i> Verhalten (<i>caring</i> behaviours) Befragte Personen:PatientInnen	Das Vermögen/die Fähigkeit der PP für einen Anderen zu sorgen („ability to care“)	Ausprägung von <i>caring</i> zwischen PP, PatientInnen und Verwaltungspersonal im Krankenhaus Befragte Personen: PP, PatientInnen und Verwaltungspersonal
Wie viele Items?	41 Items - 9 demographische Fragen - 4 Fragen wie wichtig ist <i>caring</i> für die PP - 25 Kernfragen (genaue Verständnis von caring) - 3 Fragen zum Ursprung/Quelle des <i>caring</i> -Verständnisses bei PP	39	37	26
Art der Skalierung	Likert Skalierung (5-teilig)	Likert Skalierung (4-teilig)	Likert Skalierung (7-teilig)	Likert Skalierung (5-teilig)
Reliabilitäts- und Validitätstestung	<u>Reliabilitätstestung</u> :Wird durch Cronbach's alpha beschrieben <u>Validitätstestung</u> :Inhaltsvalidität (Content Validity) mittels Literatur-überblick zum Thema „ <i>caring</i> “	<u>Reliabilitätstestung</u> :Wurde in der Studie von Latham (1996) ermittelt. <u>Validitätstestung</u> :Inhaltsvalidität	<u>Reliabilitätstestung</u> :Interne Reliabilität Test-Retest Reliabilität <u>Validitätstestung</u> :onstruktionsvalidität	<u>Reliabilitätstestung</u> : Reliabilität = 0,86 <u>Validitätstestung</u> : Durch 6 ExpertInnen – >75% der Items sind relevant
Ist das Instrument reliable / valide?	Reliabel/valide?Reliabilität (Konsistenz) →Cronbach's alpha = 0,91 (n=1430)	Reliabel/valide? Inhaltsvalidität=1,00; Chronbach's alpha = von 0,89 bis 0,91	Reliabel/valide? Interne Reliabilität = 0,84 Test-Retest Reliabilität = 0,75	
Einsatz	Keine Anwendung des CDI bei anderen Studien	Instrument HCI kam in 2 Studien zum Einsatz. Latham (1996) und Williams (1997)	Anwendung durch Simmons & Cavanaugh (1996) 350 „senior baccalaureate nursing students“ vervollständigten/vervollständigten den CAI	Einsatz im Krankenhaus bei PatientInnen und Pflegepersonen

Tabelle 10: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 3

Name des Instruments + Abkürzung	Caring Attributes, Professional Self-Concept, and Technological Influences Scale	Caring Professional Scale	Methodist Health Care System Nurse Caring Instrument	Family Caring Inventory
Autor(en)	ARTHUR et al. (1998, 1999)	SWANSON (2000)	SHEPHERD, SHERWOOD et al. (1999, 2000)	GOFF (2002)
Land	Asien	USA	USA	USA
Theoriebezug	Keine Angabe	Swanson´s <i>caring</i> Theory	Kein konkreter Theoriebezug. Basierend auf <i>caring</i> Literatur und auf unterschiedlichen Konzepten verschiedener <i>caring</i> Theorien	Combination of family and <i>caring</i> theories
Verständnis von Caring	Items repräsentieren theoretische, praktische und pädagogische Perspektiven von <i>caring</i>	„a nurturing way of relating to a valued other toward whom one feels a personal sense of commitment and responsibility“ (Swanson, 1991, 162)	Definieren <i>caring</i> als einen Schlüsselindikator	<i>Caring</i> als Kern, oder Schlüsselfaktor für ein gesundes funktionierendes Familienleben (besonders in stressigen Lebenssituationen)
Was testet die Skala?	Konstrukt von <i>caring</i> (international) Befragte Personen: Pflegepersonen	Bewertung durch die PatientInnen, wie die pflegerische Beziehung vom medizinischen Personal praktiziert wird	Zufriedenheit der PatientInnen mit <i>caring</i> . Befragte Personen: PatientInnen und Pflegepersonen	<i>Caring</i> innerhalb von Familien (elterliche Sichtweise) Befragte Personen: Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen
Wie viele Items?	Teil 1: 44 Teil 2: 30 Teil 3: 60	14	20	36
Art der Skalierung	Likert Skalierung (4-teilig); 3 Subskalen mit <i>caring</i> Eigenschaften; 3 Subskalen mit 13 theoretischen, 41 praktischen und 7 pädagogischen Items	Likert Skalierung (5-teilig)	Likert Skalierung (7-teilig)	Likert Skalierung (5-teilig)
Reliabilitäts- und Validitätstestung Ist das Instrument reliable / valide?	<u>Reliabilitätstestung:</u> Chronbach´s alpha = 0,75	<u>Reliabilitätstestung:</u> Chronbach´s alpha = 0,74-0,96 bei akademisch ausgebildeten Pflegepersonen; 0,97 bei Pflegepersonen und 0,96 bei ÄrztInnen	Korrelation = 0,98 Befragte Personen: PatientInnen und Pflegepersonen	Instrument befindet sich noch in Entwicklungsphase
Einsatz	Einsatz durch Arthur bei 1957 Pflegepersonen in 11 Ländern	185 Frauen, die eine Fehlgeburt erlitten haben	Originale Version: 200 Pflegepersonen und 21 PatientInnen; überarbeitete Version: 369 PatientInnen	200 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen

Tabelle 11: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 4

Name des Instruments + Abkürzung	Caring Attributes Scale (CAS)	Professional Caring Behaviors	Caring Assessment Tools and the CAT-admin	Peer Group Caring Interaction Scale
Autor(en)	NYBERG (1990)	HORNER (1989), (1991)	DUFFY (2007)	HUGHES (1993)
Land	USA	USA	USA	USA
Theoriebezug	Mayeroff's philosophy.	Kein konkreter Theoriebezug	Watson's theory of human <i>caring</i>	Keinen konkreten Theoriebezug
Verständnis von Caring	Wird nach Mayeroff's, Noddings und Watson's Verständnis von <i>caring</i> definiert	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Was testet die Skala?	<i>Caring</i> -Verhalten (<i>caring</i> behaviour) Befragte Personen: PP	<i>Caring</i> -Verhalten von Pflegepersonen (perceptions) Befragte Personen: PatientInnen	<i>Caring</i> -Verhalten von Pflegepersonen Befragte Personen: PatientInnen Weiterentwickeltes Instrumente: <i>Caring</i> Assessment Tool-admin (1993): <i>Caring</i> Verhalten von Pflegepersonen Befragte Personen: Pflegepersonen; <i>Caring</i> Assessment Tool-edu (1998): <i>Caring</i> Verhalten aus der Sicht von Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	Atmosphäre für <i>caring</i> Befragte Personen: Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen
Wie viele Items?	80	28	36	16
Art der Skalierung	Likert Skalierung - aus vier Subskalen: 1.) Ideal scale 2.) Actual scale 3.) Supervisor <i>caring</i> scale 4.) 5-year scale	Likert Skalierung (4-teilig)	Likert Skalierung (5-teilig)	Likert Skalierung (6-teilig)
Reliabilitäts- und Validitätstestung Ist das Instrument reliable / valide?	<u>Reliabilitätstestung:</u> Chronbach's alpha = 0,87-0,98 Auch Nyberg kam zu ähnlichen Ergebnissen = 0,85-0,97 Keine weiteren Angaben	<u>Reliabilitätstestung:</u> Test-Retest Reliabilität <u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität Test-Retest Reliabilität =0,81 Cronbach's alpha = 0,92 & 0,94	<u>Reliabilitätstestung:</u> Interne Reliabilität <u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität Reliabilität =0,963 Interne Konsistenz: 0,78-0,96	<u>Reliabel/valide?</u> Cronbach's alpha betrug 0,91 bei beiden Befragungen
Einsatz	26 „nurse administrators“ vervollständigten/vollendeten den CAS	356 PatientInnen	557 PatientInnen im Krankenhaus (Akut); 1850 Pflegepersonen eines Krankenhauses; 86 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen

Tabelle 12: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 5

Name des Instruments + Abkürzung	Caring Efficacy Scale	Nurse-Patient Relationship Questionnaire	Caring Behaviors Inventory-Short Form
Autor(en)	COATES (1995, 1997, 1999)	QUINN, SMITH, RITENBAUGH, SWANSON & WATSON (2003)	WU, LARRABEE & PUTMAN (2006)
Land	USA	USA	USA
Theoriebezug	Bandura´s social learning theory from social psychology	Halldorsdottir´s <i>caring</i> research	Watson´s theory of human <i>caring</i>
Verständnis von Caring	Keine Angabe	Keine Angabe	Keine Angabe
Was testet die Skala?	Individuelle Überzeugung in die eigene Fähigkeit eine <i>caring</i> -Orientierung auszudrücken und eine <i>caring</i> Beziehung zu den PatientInnen aufzubauen Befragte Personen: Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen, LehrerInnen, SupervisorInnen, StudentInnen und WissenschaftlerInnen	Qualität von <i>caring</i> in der pflegerischen Beziehung (PatientInnen und Pflegepersonen)	Misst <i>caring</i> - Einstellung und Handlung/Aktivität im Pflegeprozess Befragte Personen: PatientInnen und Pflegepersonen
Wie viele Items?	Originale Version=46; weiterentwickelte Version=12; Aktuelle Version = 30	12	24 mit 4 Subskalen
Art der Skalierung	Likert Skalierung (6-teilig)	Likert Skalierung (5-teilig)	Likert Skalierung (6-teilig)
Reliabilitäts- und Validitätstestung Ist das Instrument reliable / valide?	<u>Validitätstestung:</u> Inhaltsvalidität gegen Theorie und Watson´s karitative Faktoren <u>Reliabel/valide?</u> Cronbach´s alpha: Original: 0,85 Weiterentwickelte Version: 0,84 Aktuelle Version: 0,88	Keine Angabe	<u>Reliabilitätstestung:</u> Chronbach´s alpha = 0,96 <u>Validitätstestung:</u> r=0,62 <u>Test-Retest:</u> r=0,80 bei PatientInnen und 0,82 bei Pflegepersonen
Einsatz	Anwendung durch Coates (1997) bei Pflegepersonen und durch Sadler (2003) bei Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	Keine Angabe	Jahr 2000: 362 PatientInnen und 90 Pflegepersonen eines Krankenhauses Jahr 2004: 64 PatientInnen und 42 Pflegepersonen eines Krankenhauses

Tabelle 13: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 6

Name des Instruments + Abkürzung	Caring Nurse-Patient Interactions Scale	Caring Factor Survey
Autor(en)	COSSETTE & PEPIN (2005)	NELSON; WATSON & INOVAHEALTH (2006,2008)
Land	USA	USA
Theoriebezug	Watson's theory of human <i>caring</i>	Watson's theory of human <i>caring</i>
Verständnis von Caring	Keine konkrete Angabe; <i>Caring</i> wird durch die 10 nursing carative factors beschrieben	Basiert auf Watson's Sichtweise von <i>caring</i>
Was testet die Skala?	Verständnis über die Wichtigkeit von <i>caring</i> aus Sicht von PatientInnen, Familien oder Pflegepersonen	"Caritas Processes" (Beziehung zwischen <i>caring</i> and allgemeiner Liebe) Befragte Personen: PatientInnen oder Familienmitglieder
Wie viele Items?	Langversion: 70 Kurzversion: 23	20
Art der Skalierung	Likert Skalierung (5-teilig)	Likert Skalierung (7-teilig)
Reliabilitäts- und Validitätstestung Ist das Instrument reliable / valide?	<u>Valisitätstestung:</u> Validität und Reliabilität in gegensätzlichen Gruppen/Verbindung mit sozialer Erwünschtheit	<u>Reliabilitätstestung:</u> Chronbach's alpha = 0,97-0,98 <u>Valisitätstestung:</u> Durch 4 ExpertInnen
Einsatz	332 Gesundheits- und KrankenpflegeschülerInnen	Jahre 2006-2007: 486 PatientInnen in 3 unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens und 79 Familienmitglieder in einem Krankenhaus

Tabelle 14: Übersicht der *caring*-Messinstrumente in der quantitativen Forschung (adaptiert nach Beck, 1999, 24-32 & Watson, 2009, 25-258) – Teil 7

e) TABELLENANHANG

Wichtigste Caring-Bedürfnisse nach Setting

postoperativ

	1 sehr wichtig		2 eher wichtig		3 weder wichtig noch unwichtig		4 eher unwichtig		5 unwichtig	
	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)
q1 Q: Zugehen auf PatientIn	14	9,6%	38	26,0%	68	46,6%	22	15,1%	4	2,7%
q2 Q: Zeitgerechte Behandlung	11	7,5%	45	30,8%	65	44,5%	19	13,0%	6	4,1%
q3 Q: regelmäßiges nach dem Patienten sehen	3	2,1%	41	28,1%	59	40,4%	33	22,6%	10	6,8%
q4 Q: rasche Reaktion auf Läuten	19	13,0%	41	28,1%	56	38,4%	26	17,8%	4	2,7%
q5 Q: Ermutigung zu läuten	2	1,4%	22	15,1%	71	48,6%	36	24,7%	15	10,3%
q6 Q: Information über Unterstützungsangebote	2	1,4%	13	8,9%	61	41,8%	46	31,5%	24	16,4%
q7 Q: Anbieten von Informationen	15	10,3%	44	30,1%	69	47,3%	12	8,2%	6	4,1%
q8 Q: Erklärung pflegerischer Aspekte	5	3,4%	41	28,1%	67	45,9%	26	17,8%	7	4,8%
q9 Q: Anleitung zur Selbstversorgung	8	5,5%	25	17,1%	63	43,2%	40	27,4%	10	6,8%
q10 Q: Vorbereitung von Fragen für Arzt	1	,7%	16	11,0%	54	37,0%	45	30,8%	30	20,5%
q11 Q: angenehme Bedingungen schaffen	5	3,4%	23	15,8%	75	51,4%	31	21,2%	12	8,2%
q12 Q: Unterstützung Positives zu sehen	20	13,7%	27	18,5%	68	46,6%	26	17,8%	5	3,4%
q13 Q: Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion	9	6,2%	49	33,6%	69	47,3%	15	10,3%	4	2,7%
q14 Q: Wahrnehmen der Bedürfnisse	2	1,4%	13	8,9%	77	52,7%	43	29,5%	11	7,5%
q15 Q: Unterstützung beim Festlegen von Zielen	2	1,4%	15	10,3%	67	45,9%	43	29,5%	19	13,0%
q16 Q: Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	4	2,7%	20	13,7%	81	55,5%	35	24,0%	6	4,1%
q17 Q: Bestärkung Fragen zu stellen	2	1,4%	15	10,3%	61	41,8%	53	36,3%	15	10,3%
q18 Q: höchste Priorität des Patienten	15	10,3%	33	22,6%	68	46,6%	25	17,1%	5	3,4%
q19 Q: Gefühl von Vertrauen vermitteln	24	16,4%	35	24,0%	65	44,5%	17	11,6%	5	3,4%
q20 Q: Sprechen über Gefühle ermöglichen	7	4,8%	23	15,8%	70	47,9%	35	24,0%	11	7,5%
q21 Q: gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	8	5,5%	44	30,1%	69	47,3%	24	16,4%	1	,7%
q22 Q: Einzigartigkeit wahrnehmen	10	6,8%	18	12,3%	70	47,9%	38	26,0%	10	6,8%
q23 Q: professionelles Erscheinungsbild	4	2,7%	17	11,6%	55	37,7%	43	29,5%	27	18,5%
q24 Q: gut organisiert sein	11	7,5%	42	28,8%	67	45,9%	22	15,1%	4	2,7%
q25 Q: Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	42	28,8%	48	32,9%	42	28,8%	13	8,9%	1	,7%
q26 Q: gelassen sein	7	4,8%	15	10,3%	67	45,9%	39	26,7%	18	12,3%
q27 Q: den Bedürfnissen entsprechende Pflege	5	3,4%	25	17,1%	73	50,0%	27	18,5%	16	11,0%
q28 Q: Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	3	2,1%	32	21,9%	70	47,9%	36	24,7%	5	3,4%
q29 Q: Wissen wann Arzt nötig ist	32	21,9%	56	38,4%	52	35,6%	5	3,4%	1	,7%

Tabelle 15: Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse postoperatives Setting

Behandlungszentriert

	1 sehr wichtig		2 eher wichtig		3 weder wichtig noch unwichtig		4 eher unwichtig		5 unwichtig	
	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)
q1 Q: Zugehen auf PatientIn	8	14,3%	11	19,6%	24	42,9%	11	19,6%	2	3,6%
q2 Q: Zeitgerechte Behandlung	6	10,7%	11	19,6%	25	44,6%	10	17,9%	4	7,1%
q3 Q: regelmäßiges nach dem Patienten sehen	2	3,6%	20	35,7%	19	33,9%	13	23,2%	2	3,6%
q4 Q: rasche Reaktion auf Läuten	7	12,5%	19	33,9%	16	28,6%	12	21,4%	2	3,6%
q5 Q: Ermutigung zu läuten	0	,0%	9	16,1%	29	51,8%	12	21,4%	6	10,7%
q6 Q: Information über Unterstützungsangebote	1	1,8%	5	8,9%	23	41,1%	16	28,6%	11	19,6%
q7 Q: Anbieten von Informationen	6	10,7%	19	33,9%	20	35,7%	7	12,5%	4	7,1%
q8 Q: Erklärung pflegerischer Aspekte	2	3,6%	22	39,3%	20	35,7%	11	19,6%	1	1,8%
q9 Q: Anleitung zur Selbstversorgung	2	3,6%	8	14,3%	23	41,1%	19	33,9%	4	7,1%
q10 Q: Vorbereitung von Fragen für Arzt	1	1,8%	7	12,5%	20	35,7%	20	35,7%	8	14,3%
q11 Q: angenehme Bedingungen schaffen	1	1,8%	8	14,3%	33	58,9%	11	19,6%	3	5,4%
q12 Q: Unterstützung Positives zu sehen	5	8,9%	7	12,5%	32	57,1%	11	19,6%	1	1,8%
q13 Q: Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion	2	3,6%	18	32,1%	31	55,4%	3	5,4%	2	3,6%
q14 Q: Wahrnehmen der Bedürfnisse	0	,0%	1	1,8%	33	58,9%	17	30,4%	5	8,9%
q15 Q: Unterstützung beim Festlegen von Zielen	1	1,8%	6	10,7%	27	48,2%	13	23,2%	9	16,1%
q16 Q: Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	1	1,8%	8	14,3%	28	50,0%	15	26,8%	4	7,1%
q17 Q: Bestärkung Fragen zu stellen	1	1,8%	8	14,3%	25	44,6%	16	28,6%	6	10,7%
q18 Q: höchste Priorität des Patienten	3	5,4%	12	21,4%	32	57,1%	6	10,7%	3	5,4%
q19 Q: Gefühl von Vertrauen vermitteln	12	21,4%	21	37,5%	18	32,1%	3	5,4%	2	3,6%
q20 Q: Sprechen über Gefühle ermöglichen	3	5,4%	7	12,5%	28	50,0%	13	23,2%	5	8,9%
q21 Q: gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	3	5,4%	17	30,4%	27	48,2%	9	16,1%	0	,0%
q22 Q: Einzigartigkeit wahrnehmen	5	8,9%	7	12,5%	28	50,0%	13	23,2%	3	5,4%
q23 Q: professionelles Erscheinungsbild	0	,0%	5	8,9%	27	48,2%	15	26,8%	9	16,1%
q24 Q: gut organisiert sein	6	10,7%	16	28,6%	24	42,9%	8	14,3%	2	3,6%
q25 Q: Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	21	37,5%	20	35,7%	10	17,9%	5	8,9%	0	,0%
q26 Q: gelassen sein	1	1,8%	5	8,9%	29	51,8%	17	30,4%	4	7,1%
q27 Q: den Bedürfnissen entsprechende Pflege	1	1,8%	10	17,9%	24	42,9%	11	19,6%	10	17,9%
q28 Q: Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	1	1,8%	10	17,9%	29	51,8%	16	28,6%	0	,0%
q29 Q: Wissen wann Arzt nötig ist	10	17,9%	19	33,9%	24	42,9%	3	5,4%	0	,0%

Tabelle 16: Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse behandlungszentriertes Setting

Palliativ

	1 sehr wichtig		2 eher wichtig		3 weder wichtig noch unwichtig		4 eher unwichtig		5 unwichtig	
	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)	Anzahl	Anzahl der Zeilen (%)
q1 Q: Zugehen auf PatientIn	2	6,7%	8	26,7%	16	53,3%	4	13,3%	0	,0%
q2 Q: Zeitgerechte Behandlung	0	,0%	13	43,3%	14	46,7%	3	10,0%	0	,0%
q3 Q: regelmäßiges nach dem Patienten sehen	0	,0%	6	20,0%	16	53,3%	7	23,3%	1	3,3%
q4 Q: rasche Reaktion auf Läuten	6	20,0%	6	20,0%	13	43,3%	4	13,3%	1	3,3%
q5 Q: Ermutigung zu läuten	0	,0%	5	16,7%	8	26,7%	12	40,0%	5	16,7%
q6 Q: Information über Unterstützungsangebote	0	,0%	3	10,0%	12	40,0%	9	30,0%	6	20,0%
q7 Q: Anbieten von Informationen	3	10,0%	7	23,3%	18	60,0%	1	3,3%	1	3,3%
q8 Q: Erklärung pflegerischer Aspekte	0	,0%	8	26,7%	17	56,7%	5	16,7%	0	,0%
q9 Q: Anleitung zur Selbstversorgung	1	3,3%	7	23,3%	12	40,0%	7	23,3%	3	10,0%
q10 Q: Vorbereitung von Fragen für Arzt	0	,0%	3	10,0%	12	40,0%	10	33,3%	5	16,7%
q11 Q: angenehme Bedingungen schaffen	2	6,7%	5	16,7%	13	43,3%	6	20,0%	4	13,3%
q12 Q: Unterstützung Positives zu sehen	5	16,7%	7	23,3%	10	33,3%	7	23,3%	1	3,3%
q13 Q: Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion	2	6,7%	11	36,7%	14	46,7%	2	6,7%	1	3,3%
q14 Q: Wahrnehmen der Bedürfnisse	0	,0%	4	13,3%	14	46,7%	9	30,0%	3	10,0%
q15 Q: Unterstützung beim Festlegen von Zielen	1	3,3%	4	13,3%	11	36,7%	12	40,0%	2	6,7%
q16 Q: Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	1	3,3%	7	23,3%	18	60,0%	3	10,0%	1	3,3%
q17 Q: Bestärkung Fragen zu stellen	1	3,3%	2	6,7%	15	50,0%	10	33,3%	2	6,7%
q18 Q: höchste Priorität des Patienten	6	20,0%	5	16,7%	11	36,7%	8	26,7%	0	,0%
q19 Q: Gefühl von Vertrauen vermitteln	3	10,0%	5	16,7%	16	53,3%	4	13,3%	2	6,7%
q20 Q: Sprechen über Gefühle ermöglichen	1	3,3%	5	16,7%	17	56,7%	6	20,0%	1	3,3%
q21 Q: gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	1	3,3%	9	30,0%	16	53,3%	3	10,0%	1	3,3%
q22 Q: Einzigartigkeit wahrnehmen	4	13,3%	4	13,3%	12	40,0%	7	23,3%	3	10,0%
q23 Q: professionelles Erscheinungsbild	0	,0%	4	13,3%	7	23,3%	11	36,7%	8	26,7%
q24 Q: gut organisiert sein	3	10,0%	5	16,7%	15	50,0%	6	20,0%	1	3,3%
q25 Q: Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	6	20,0%	10	33,3%	11	36,7%	3	10,0%	0	,0%
q26 Q: gelassen sein	1	3,3%	4	13,3%	11	36,7%	10	33,3%	4	13,3%
q27 Q: den Bedürfnissen entsprechende Pflege	1	3,3%	7	23,3%	16	53,3%	4	13,3%	2	6,7%
q28 Q: Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	1	3,3%	7	23,3%	15	50,0%	6	20,0%	1	3,3%
q29 Q: Wissen wann Arzt nötig ist	9	30,0%	9	30,0%	10	33,3%	1	3,3%	1	3,3%

Tabelle 17: Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse palliatives Setting

Wichtigkeit nach Geschlecht

	Geschlecht											
	männlich						weiblich					
	wichtig		weder wichtig noch unwichtig		unwichtig		wichtig		weder wichtig noch unwichtig		unwichtig	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugehen auf PatientIn	24	37%	28	43%	13	20%	28	35%	40	49,4%	13	16%
Zeitgerechte Behandlung	20	31%	34	52%	11	17%	36	44%	31	38,3%	14	17%
regelmäßiges nach dem Patienten sehen	19	29%	27	42%	19	29%	25	31%	32	39,5%	24	30%
rasche Reaktion auf Läuten	29	45%	21	32%	15	23%	31	38%	35	43,2%	15	19%
Ermutigung zu läuten	12	18%	30	46%	23	35%	12	15%	41	50,6%	28	35%
Information über Unterstützungsangebote	4	6,2%	22	34%	39	60%	11	14%	39	48,1%	31	38%
Anbieten von Informationen	22	34%	31	48%	12	18%	37	46%	38	46,9%	6	7,4%
Erklärung pflegerischer Aspekte	20	31%	35	54%	10	15%	26	32%	32	39,5%	23	28%
Anleitung zur Selbstversorgung	15	23%	31	48%	19	29%	18	22%	32	39,5%	31	38%
Vorbereitung von Fragen für Arzt	12	18%	23	35%	30	46%	5	6,2%	31	38,3%	45	56%
angenehme Bedingungen schaffen	12	18%	31	48%	22	34%	16	20%	44	54,3%	21	26%
Unterstützung Positives zu sehen	22	34%	23	35%	20	31%	25	31%	45	55,6%	11	14%
Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion	25	38%	34	52%	6	9,2%	33	41%	35	43,2%	13	16%
Wahrnehmen der Bedürfnisse	6	9,2%	35	54%	24	37%	9	11%	42	51,9%	30	37%
Unterstützung beim Festlegen von Zielen	6	9,2%	37	57%	22	34%	11	14%	30	37,0%	40	49%
Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	11	17%	39	60%	15	23%	13	16%	42	51,9%	26	32%
Bestärkung Fragen zu stellen	10	15%	31	48%	24	37%	7	8,6%	30	37,0%	44	54%
höchste Priorität des Patienten	27	42%	24	37%	14	22%	21	26%	44	54,3%	16	20%
Gefühl von Vertrauen vermitteln	26	40%	33	51%	6	9,2%	33	41%	32	39,5%	16	20%
Sprechen über Gefühle ermöglichen	15	23%	26	40%	24	37%	15	19%	44	54,3%	22	27%
gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	24	37%	30	46%	11	17%	28	35%	39	48,1%	14	17%
Einzigkeit wahrnehmen	10	15%	34	52%	21	32%	18	22%	36	44,4%	27	33%
professionelles Erscheinungsbild	8	12%	28	43%	29	45%	13	16%	27	33,3%	41	51%
gut organisiert sein	27	42%	28	43%	10	15%	26	32%	39	48,1%	16	20%
Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	42	65%	17	26%	6	9,2%	48	59%	25	30,9%	8	9,9%
gelassen sein	6	9,2%	26	40%	33	51%	16	20%	41	50,6%	24	30%
den Bedürfnissen entsprechende Pflege	17	26%	30	46%	18	28%	13	16%	43	53,1%	25	31%
Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	11	17%	34	52%	20	31%	24	30%	36	44,4%	21	26%
Wissen wann Arzt nötig ist	38	58%	24	37%	3	4,6%	50	62%	28	34,6%	3	3,7%

Tabelle 18: Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse nach Geschlecht

Wichtigkeit nach Alter

		Altern in Jahren (N=146)	Aufenthalt dauer in Tagen (N=135)
Spearman-Rho	Zugehen auf PatientIn	,019	-,001
	Zeitgerechte Behandlung	,062	,105
	regelmäßiges nach dem Patienten sehen	,082	,230**
	rasche Reaktion auf Läuten	-,069	-,021
	Ermutung zu läuten	-,045	-,038
	Information über Unterstützungsangebote	,027	,009
	Anbieten von Informationen	,007	,001
	Erklärung pflegerischer Aspekte	-,028	-,093
	Anleitung zur Selbstversorgung	-,002	-,107
	Vorbereitung von Fragen für Arzt	-,083	,039
	angenehme Bedingungen schaffen	-,057	,081
	Unterstützung Positives zu sehen	-,040	,065
	Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte	,124	-,042
	Wahrnehmen der Bedürfnisse	-,278**	,104
	Unterstützung beim Festlegen von Zielen	-,056	-,257**
	Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	-,031	,000
	Bestärkung Fragen zu stellen	,060	,043
	höchste Priorität des Patienten	,015	-,034
	Gefühl von Vertrauen vermitteln	,045	-,049
	Sprechen über Gefühle ermöglichen	-,096	-,071
	gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	-,007	,138
	Einzigartigkeit wahrnehmen	-,143	-,022
	professionelles Erscheinungsbild	-,018	,038
	gut organisiert sein	,173*	-,140
	Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	,112	,068
	gelassen sein	,098	,049
	den Bedürfnissen entsprechende Pflege	,060	-,033
	Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	,013	-,145
	Wissen wann Arzt nötig ist	,037	,154

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 19: Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse nach Alter

Wichtigkeit nach Bildung

	Bildung in 2 Kategorien											
	keine Matura						Matura					
	wichtig		weder wichtig noch unwichtig		unwichtig		wichtig		weder wichtig noch unwichtig		unwichtig	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Zugehen auf PatientIn	31	36%	44	51%	11	13%	21	36%	23	39%	15	25%
Zeitgerechte Behandlung	31	36%	41	48%	14	16%	25	42%	23	39%	11	19%
regelmäßiges nach dem Patienten sehen	31	36%	29	34%	26	30%	13	22%	29	49%	17	29%
rasche Reaktion auf Läuten	34	40%	32	37%	20	23%	25	42%	24	41%	10	17%
Ermütigung zu läuten	13	15%	45	52%	28	33%	11	19%	26	44%	22	37%
Information über Unterstützungsangebote	8	9,3%	37	43%	41	48%	7	12%	24	41%	28	47%
Anbieten von Informationen	35	41%	39	45%	12	14%	24	41%	29	49%	6	10%
Erklärung pflegerischer Aspekte	22	26%	46	53%	18	21%	24	41%	20	34%	15	25%
Anleitung zur Selbstversorgung	16	19%	38	44%	32	37%	17	29%	24	41%	18	31%
Vorbereitung von Fragen für Arzt	10	12%	37	43%	39	45%	7	12%	16	27%	36	61%
angenehme Bedingungen schaffen	17	20%	40	47%	29	34%	10	17%	35	59%	14	24%
Unterstützung Positives zu sehen	31	36%	38	44%	17	20%	16	27%	30	51%	13	22%
Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reakti	36	42%	40	47%	10	12%	22	37%	29	49%	8	14%
Wahrnehmen der Bedürfnisse	11	13%	46	53%	29	34%	3	5,1%	31	53%	25	42%
Unterstützung beim Festlegen von Zielen	14	16%	38	44%	34	40%	3	5,1%	28	47%	28	47%
Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	17	20%	50	58%	19	22%	7	12%	30	51%	22	37%
Bestärkung Fragen zu stellen	11	13%	38	44%	37	43%	6	10%	23	39%	30	51%
höchste Priorität des Patienten	30	35%	35	41%	21	24%	17	29%	33	56%	9	15%
Gefühl von Vertrauen vermitteln	36	42%	37	43%	13	15%	22	37%	28	47%	9	15%
Sprechen über Gefühle ermöglichen	24	28%	40	47%	22	26%	6	10%	30	51%	23	39%
gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	23	27%	46	53%	17	20%	29	49%	22	37%	8	14%
Einzigartigkeit wahrnehmen	17	20%	41	48%	28	33%	11	19%	29	49%	19	32%
professionelles Erscheinungsbild	7	8,1%	33	38%	46	53%	13	22%	22	37%	24	41%
gut organisiert sein	25	29%	44	51%	17	20%	27	46%	23	39%	9	15%
Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	51	59%	28	33%	7	8,1%	38	64%	14	24%	7	12%
gelassen sein	15	17%	30	35%	41	48%	7	12%	36	61%	16	27%
den Bedürfnissen entsprechende Pflege	19	22%	38	44%	29	34%	11	19%	34	58%	14	24%
Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	24	28%	36	42%	26	30%	11	19%	34	58%	14	24%
Wissen wann Arzt nötig ist	49	57%	33	38%	4	4,7%	39	66%	18	31%	2	3,4%

Tabelle 20: Wichtigkeit der *caring*-Bedürfnisse nach Bildung

Korrelative Beziehungen zwischen caring-Bedürfnissen

Spearman-Rho	q1	q2	q3	q4	q5	q6	q7	q8	q9	q10	q11	q12	q13	q14	q15	q16	q17	q18	q19	q20	q21	q22	q23	q24	q25	q26	q27	q28	q29
q1 Zugehen auf PatientIn		0,2	0,1	0,0	0,1	-0,1	-0,1	-0,3	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,2	0,1	-0,1	0,1	
q2 Zeitgerechte Behandlung	0,2		0,0	0,1	-0,2	0,0	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	-0,1	0,2	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,2	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1
q3 regelmäßiges nach dem Patienten sehen	0,1	0,0		0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0
q4 rasche Reaktion auf Läuten	0,0	0,1	0,1		0,0	-0,1	-0,1	-0,2	0,0	0,0	0,0	-0,3	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,1	0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,2	0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,0
q5 Ermutigung zu läuten	0,1	-0,2	0,1	0,0		-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,2	0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	-0,2
q6 Information über Unterstützungsangebote	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1		-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
q7 Anbieten von Informationen	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1		0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,3	0,0	-0,1
q8 Erklärung pflegerischer Aspekte	-0,3	-0,1	-0,2	-0,2	-0,1	-0,1	0,1		0,0	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,0	0,1	-0,2
q9 Anleitung zur Selbstversorgung	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0		0,0	0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,2	-0,1	0,1
q10 Vorbereitung von Fragen für Arzt	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,1	0,0		0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
q11 angenehme Bedingungen schaffen	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1		-0,3	-0,2	0,0	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
q12 Unterstützung Positives zu sehen	-0,1	-0,1	-0,1	-0,3	-0,1	0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,3		0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2	0,0	-0,1
q13 Wissen über belastende Situationen und zeitg. Reaktion	0,0	0,2	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	0,2	-0,1	-0,1	-0,2	0,0		0,0	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0
q14 Wahrnehmen der Bedürfnisse	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		-0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,2	0,0	0,0
q15 Unterstützung beim Festlegen von Zielen	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1		0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,2	0,0	-0,1	0,1	-0,2	0,0	-0,1	0,0	0,0
q16 Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	0,1	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1	0,0		-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1
q17 Bestärkung Fragen zu stellen	0,2	-0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,1	-0,1	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,1	-0,1		-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,1
q18 höchste Priorität des Patienten	-0,1	0,2	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,1		0,1	0,1	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	0,1
q19 Gefühl von Vertrauen vermitteln	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,2	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,1		-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,2
q20 Sprechen über Gefühle ermöglichen	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,2	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	-0,1		0,0	0,1	-0,1	-0,3	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	0,0
q21 gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0
q22 Einzigartigkeit wahrnehmen	-0,1	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1		-0,1	-0,2	-0,3	-0,1	-0,1	0,1	-0,1
q23 professionelles Erscheinungsbild	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1		0,1	0,1	0,2	-0,1	-0,2	0,0
q24 gut organisiert sein	0,0	0,0	0,0	-0,2	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,2	0,1	0,1	-0,1	0,0	0,1	-0,3	-0,1	-0,2	0,1		0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1
q25 Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen	-0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,3	0,1	0,0		0,1	-0,1	0,0	0,2
q26 gelassen sein	-0,2	0,0	-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	0,2	0,0	0,1		0,0	0,0	0,0
q27 den Bedürfnissen entsprechende Pflege	0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	-0,3	0,0	0,2	-0,1	0,0	-0,2	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,1
q28 Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	-0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,1		-0,1
q29 Wissen wann Arzt nötig ist	0,1	0,1	0,0	0,0	-0,2	0,0	-0,1	-0,2	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,1	-0,2	0,0	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,2	0,0	0,1	-0,1	

Tabelle 21: Korrelation Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse

Faktoranalyse caring-Bedürfnisse (forced 6 Dimensionen)

Rotierte Faktorenmatrix(a)	Faktoren					
	1	2	3	4	5	6
q1 Q: Zugehen auf PatientIn		0,251	0,295	0,235		0,103
q2 Q: Zeitgerechte Behandlung			0,608	0,101		
q3 Q: regelmäßiges nach dem Patienten sehen		0,101	0,264	0,346	0,132	
q4 Q: rasche Reaktion auf Läuten			0,114	0,463		
q5 Q: Ermutigung zu läuten		0,270		0,434	0,275	
q6 Q: Information über Unterstützungsangebote			0,172		0,101	
q7 Q: Anbieten von Informationen	0,119	0,189		-0,147	0,313	
q8 Q: Erklärung pflegerischer Aspekte	0,490			-0,179	0,157	
q9 Q: Anleitung zur Selbstversorgung	0,244		-0,201	0,113	0,104	0,440
q10 Q: Vorbereitung von Fragen für Arzt	0,273	0,119				
q11 Q: angenehme Bedingungen schaffen	0,136			0,219	0,232	
q12 Q: Unterstützung Positives zu sehen	0,224	0,468		-0,193		
q13 Q: Wissen über belastende Situationen und zeitgerechte Reaktion	0,255		0,301		0,139	
q14 Q: Wahrnehmen der Bedürfnisse	0,258	0,188		0,270	-0,117	
q15 Q: Unterstützung beim Festlegen von Zielen	0,214	0,239			0,222	
q16 Q: Unterstützung bei Klärung und Ordnung von Gedanken	0,192	0,427	0,161		0,224	
q17 Q: Bestärkung Fragen zu stellen	0,240	0,377		0,200		
q18 Q: höchste Priorität des Patienten	0,118	0,163	0,305	0,217	-0,186	
q19 Q: Gefühl von Vertrauen vermitteln	0,258		0,199			-0,110
q20 Q: Sprechen über Gefühle ermöglichen		0,602			-0,131	
q21 Q: gleichbleibender herzlicher und respektvoller Umgang	0,482	0,205				
q22 Q: Einzigartigkeit wahrnehmen	0,522	0,247				
q23 Q: professionelles Erscheinungsbild					0,337	
q24 Q: gut organisiert sein	0,210		0,280		0,379	
q25 Q: Sicherheit in Verabreichung therapeutischer Maßnahmen					0,210	0,175
q26 Q: gelassen sein					0,424	
q27 Q: den Bedürfnissen entsprechende Pflege	0,155			0,227		0,309
q28 Q: Informationsaustausch zwischen Pflegepersonen	0,361		0,100		0,172	
q29 Q: Wissen wann Arzt nötig ist		0,212	0,277			0,678

Tabelle 22: Faktoranalyse Wichtigkeit der caring-Bedürfnisse

Ergebnisse Signifikanztests Unterschied nach Setting

	Q-Befragung	
	Signifikanz Chi2-Test	Cramer's V
q1	0,700	0,087
q2	0,289	0,131
q3	0,271	0,133
q4	0,424	0,115
q5	0,550	0,178
q6	0,998	0,021
q7	0,113	0,160
q8	0,138	0,154
q9	0,625	0,095
q10	0,949	0,050
q11	0,679	0,089
q12	0,162	0,150
q13	0,398	0,118
q14	0,105	0,162
q15	0,696	0,087
q16	0,176	0,147
q17	0,281	0,132
q18	0,350	0,123
q19	0,010	0,213
q20	0,677	0,089
q21	0,897	0,061
q22	0,530	0,104
q23	0,099	0,163
q24	0,739	0,082
q25	0,214	0,141
q26	0,603	0,097
q27	0,413	0,116
q28	0,827	0,072
q29	0,370	0,121

Tabelle 23: Übersicht Signifikanztests Q-Fragen nach Setting

f) VORTEST-PROTOKOLL

Tagesbettenstation Onkologie Krankenhaus Hietzing

Allgemeines Resümee:

Der Vortest des „Caring-Projektes“ fand am 17.02.2010 auf der Tagesbettenstation der Onkologie des Krankenhauses Hietzing statt. Insgesamt wurden 4 PatientInnen in den Vortest eingeschlossen. Zwei Frauen und zwei Männer.

- Notwendiger Zeitaufwand ca. 20-30 Minuten
- Items wurden von den ProbandInnen verstanden

Kritik:

- Zu viele Items → daher zu anstrengend für die PatientInnen
- Selbstständiges Lesen und Zuteilung zu den Kategorien teilweise nicht möglich
→ Problem – eventuell zu abstrakt und daher zeitaufwändiger und schwieriger für die PatientInnen
- Q-Sort Methode nur durch genaue Anweisung und Einführung möglich → Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“ beinhalteten immer zu viele Kärtchen

Erläuterungen:

Dem ersten Probanden mussten die Kärtchen vorgelesen werden und die Forscherin übernahm auch die Einordnung in die jeweilige Kategorie. Die vollständige Aufteilung der Items nach der Q-Sort Methode war nicht möglich. Ganz klar dominierte die Vergabe der Kärtchen in den Kategorien „sehr wichtig“ (4) und „eher wichtig“ (10). Während der Befragung (ca. nach dem 30 Item) machte sich eine leichte Erschöpfung des Probanden bemerkbar. Nach Fertigstellung der Befragung und erneuerter Aufforderung des Patienten die Kärtchen nochmals durchzudenken und eventuell überfüllte Kategorien aufzuteilen, konnten noch einige wenige Items aus den überfüllten Kategorien „sehr wichtig“ (15) und „eher wichtig“ (15) auf die anderen fünf Boxen aufgeteilt werden.

Dem zweiten Probanden war es nicht möglich sich selbstständig das Informationsblatt für PatientInnen durchzulesen. Die Forscherin übernahm die Information und auch die Aufklärung des Patienten persönlich. Auch die Items mussten vorgelesen und weiters durch die Forscherin zugeordnet werden. Auch hier konnte die Zuteilung der Items nach der Q-Sort Methode nicht vollständig

durchgeführt werden. Wieder tendierte die Vergabe der Items durch den Probanden in die Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“. Die beiden überfüllten Kategorien „sehr wichtig“ (9) und „eher wichtig“ (25) konnten durch die Mithilfe der Forscherin verhältnismäßig gut auf andere Kategorien aufgeteilt werden („sehr wichtig“ – „4“ und „eher wichtig“ – „15“). Nach erneuter Aufteilung beinhaltete die Kategorie „sehr wichtig“ korrekterweise vier Items, „eher wichtig“ beinhaltete jedoch noch immer 15 und die Kategorie „unwichtig“ 7 Kärtchen.

Die dritte Probandin erwies sich als sehr selbstständig. Ihr wurde das Infoblatt und Aufklärungsblatt für die Einverständniserklärung ausgehändigt. Sie konnte die Kärtchen selbstständig und alleine für sich durchlesen und dann auch zuordnen. Jedoch konnte auch hier die Aufteilung nach der Q-Sort Methode nicht eingehalten werden. Wieder war eine zahlenmäßig-korrekte Zuordnung bei den Kategorien „sehr wichtig“ (18), „eher wichtig“ (11) und „unwichtig“ nicht möglich. Eine nochmalige Aufforderung der Probandin die Kärtchen der überfüllten Kategorien aufzuteilen konnte nicht erzielt werden. Die Patientin rechtfertigte sich mit der Aussage: „Nein, das ist eigentlich meine Meinung!“

Der vierten Probandin wurde das Infoblatt ausgehändigt. Trotzdem wurde die Probandin zusätzliche durch die Forscherin informiert und aufgeklärt und in weiterer Folge die Zustimmung eingeholt. Dieser Patientin wurde der Fragebogen ausgehändigt und sie wurde lediglich aufgefordert ihre Bedürfnisse nach Wichtigkeit den 7 Kategorien zuzuordnen („das wichtigste“ bis „am wenigsten wichtigste“). Die Q-Sort Methode sollte hier probeweise und absichtlich keine Anwendung finden.

g) EINGESETZTES ERHEBUNGSINSTRUMENT

Informationsschreiben



universität
wien

V.-Prof. Hanna Mayer
Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23/12
1080 Wien
☎ 01-42 77 / 49 801
✉ pflegewissenschaft@univie.ac.at

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Gemeinsam mit dem Krankenhaus „Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel“ untersucht das „Institut für Pflegewissenschaft“ der Universität Wien Bedürfnisse von PatientInnen während des Aufenthaltes im Krankenhaus.

Sie können uns anhand Ihrer Erfahrungen und Empfindungen einen Einblick in Ihre Situation geben. Diese Studie soll dazu beitragen Menschen in speziellen Situationen besser verstehen zu können. Sie können uns durch Ihre Teilnahme dabei helfen, Ihren Bedürfnissen bestmöglich zu begegnen.

Wenn Sie an diesem Projekt teilnehmen wollen, so bitten wir Sie dies der zuständigen Stationsleitung mitzuteilen. Eine MitarbeiterIn des Instituts für Pflegewissenschaft wird Ihnen dann anhand eines Fragebogens Fragen zu Ihren Bedürfnissen stellen, die sich während ihrer schweren Zeit der Erkrankung ergeben haben. Dies wird ungefähr 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme an diesem Forschungsprojekt ist freiwillig. Sie können die Befragung auch jederzeit und ohne Angabe von Gründen abbrechen. Wir versichern Ihnen, dass Ihre Unterlagen vertraulich und anonym behandelt werden. Nur das Forschungsteam wird Zugang zu vorhandenem Datenmaterial haben. Ihr Name wird an keiner Stelle erscheinen.

Wir sind Ihnen für Ihre Unterstützung und Teilnahme an diesem Forschungsprojekt sehr dankbar.

Mit freundlichen Grüßen,
Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien
1080 Wien, Alser Straße 23/12
Tel.: 01/4277 – 49801

V.-Prof. Dr. Hanna Mayer (Projektleitung)
Mag. Bettina Hojdelewicz (wissenschaftliche
Planung und Mitarbeit)
Mag. Helga Zellhofer (wissenschaftliche
Planung und Mitarbeit)
Eva Zojer (wissenschaftliche Assistenz)

Verwendeter Erhebungsbogen (Q-Sort)



V.Prof. Hanna Mayer
Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Alser Straße 23/12
1080 Wien
☎ 01-42 77 / 49 801
✉ pflegewissenschaft@univie.
ac.at

Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person für die Studie "*Caring Bedürfnisse krebskranker Menschen. Prioritäten und Erfüllung*" vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden und akzeptiere diese. Ich bin über den möglichen Nutzen dieser Studie informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Mir ist bekannt, dass meine Daten anonym gespeichert werden und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an dieser Studie.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Mitwirkenden an der Studie

Ort, Datum
Studie

Unterschrift der verantwortlichen Person für die

**Fragebogen
"Caring"**

Datum:

Station:

Mitschrift

sehr wichtig																		
eher wichtig																		
weder noch unwichtig	wichtig																	
eher unwichtig																		
unwichtig																		

h) CURRICULUM VITAE

Eva Zojer



Persönliche Daten

Geburtsdatum, -ort: 01. Oktober 1985, Klagenfurt

Bildungsweg

2000 - 2005	Handelsakademie, Feldkirchen in Kärnten
2005 -	Studium der Pflegewissenschaft mit pflegewissenschaftlichem Schwerpunkt an der Fakultät für Sozial- und Humanwissenschaften der Universität Wien
2005 – 2007	Mitbelegung an der Medizinischen Universität Wien
Seit 2008	Mitbelegung an der Wirtschaftsuniversität Wien
Juli 2011	Ausbildung zur PCM Trainerin (Process Communication Modell) nach Taibi Kahler

Berufliche Tätigkeiten / Praktika

Juli / August 2006, Februar 2007, Juli / August 2007	Pflege- und Seniorenzentren / Soziale Dienstleistungen „wie daham“, Praktikum
Seit Oktober 2007	Studienassistentin, Institut für Pflegewissenschaft (Fakultät für Sozialwissenschaften) der Universität Wien

Juli – September 2008	Projektmitarbeiterin, Institut für Technikfolgenabschätzung (Österreichische Akademie der Wissenschaften), PTA-Altern II: Sondierungsstudie, Institutionen und Literaturrecherche im Themenbereich Altenpflege und Ambient Assisted Living
Oktober 2008	Mitarbeiterin am WENR- Kongress in Wien
Seit April 2009	Projektmitarbeiterin, Institut für Pflegewissenschaft (Fakultät für Sozialwissenschaften) der Universität Wien, „Caring Bedürfnisse. Prioritäten – Erfüllung Zufriedenheit“ in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel
Juli – August 2010	Projektmitarbeiterin, „Center for usability research & engineering“ (CURE), „AID - Interactive Awareness Displays for Elderly People“
Juni – Oktober 2010	Projektmitarbeiterin, „Palliative Care und Organisationsethik / IFF Wien“ (Alpen-Adria Universität Klagenfurt), „Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur“ (Literaturarbeit)
Juli 2011	Ergebnispräsentation des Projektes „CAREFUL“ im Krankenhaus „Hietzing mit neurologischem Zentrum Rosenhügel“
September 2011	Vortrag zum Thema „Caring-Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen im postoperativen, behandlungszentrierten und palliativen Setting“ auf der 3. Länderkonferenz „Pflege & -wissenschaft“ (Konstanz)

September 2011	Posterpräsentation an der FH Campus Wien „Blickpunkt „Pflegerwissenschaft: Fachhochschul Universitäts-Symposium 2011“
Oktober 2011	Tutorinentätigkeit unter der Leitung von Frau Univ.-Prof. Dr. Mag. Hanna Mayer für die Lehrveranstaltung „Einführung in die Pflegerwissenschaft“ (Masterstudium Pflege- wissenschaft, Universität Wien)
November 2011	Vortrag Pflegekongress in Wien zum Thema „Bedürfnisse onkologisch erkrankter Menschen“

Kompetenzen

EDV	MS Office, SPSS, Endnote, Datenbankrecherche
Sonstige Kompetenzen	Kommunikationsausbildung im Bereich „Process Communication Model“ nach Taibi Kahler